



## Monitores Continuos para la Glucosa y Suministros

## DOCUMENTACION REQUERIDA

## Para Todas las Reclamaciones por Monitores Continuos para la Glucosa y Suministros

## Para las fechas de servicio de Abril 16, 2023 y posteriores

## Orden Escrita Estándar (SWO)

La SWO contiene todos los siguientes elementos:

Nombre del beneficiario o MBI (Medicare Beneficiary Identifier)

Fecha de la orden

Descripción general del artículo

La descripción puede ser general (Ej. Monitor continuo para la glucosa), un código HCPCS, la descripción del código HCPCS o la marca/número de modelo

Para equipo - Junto con la descripción del equipo de base, la SWO puede incluir todas las opciones, accesorios o características adicionales actualmente ordenadas, que va a facturarse por separado o que requieren un código mejorado (enumere cada una por separado)

Para suministros - Junto con la descripción del artículo de base, la orden/ prescripción del DMEPOS puede incluir todos los suministros que se facturan por separado (El pago de la tarifa autorizada por los códigos A4239 o A4238 incluye todo lo necesario)

Cantidad por despachar, si aplica

Nombre del profesional tratante o el NPI

Firma del profesional tratante

La firma del profesional tratante cumple con los Requisitos de Firma de CMS

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM6698.pdf>

## NOTA:

- Los requisitos del resurtido no aplican para los suministros autorizados de CGM (A4239 o A4238)
- El proveedor debe monitorizar el uso y verificar que el beneficiario tenga suministros suficientes para 30 días
- Si no hay suministros suficientes como para 30 días, deben proveerse suministros adicionales antes de que los suministros autorizados sean facturados
- Solamente se puede facturar un máximo de 3 meses de suministros la vez (3 UOS=90 días)
- No facture con intervalos de tiempo (span date)



## Documentación de Entrega

Entrega Directa	Servicio de Envío o Correo con Número de Rastreo	Servicio de Envío por Correo con Firma de Recibido
Nombre del Beneficiario	Documento de Envío	Documento de Envío
Dirección de entrega	Nombre del beneficiario	Nombre del beneficiario
Cantidad entregada	Dirección de entrega	Dirección de entrega
Descripción de todos los artículos, que están siendo entregados. La descripción puede ser una descripción general (Ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o la marca/modelo	Descripción de todos los artículos, que están siendo entregados. La descripción puede ser una descripción general (Ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o la marca/modelo	Descripción de todos los artículos, que están siendo entregados. La descripción puede ser una descripción general (Ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o la marca/modelo
Firma de la persona que acepta la entrega	Cantidad enviada	Cantidad enviada
Relación con el beneficiario	Número de rastreo	Fecha de envío
Fecha de entrega	Referencia para cada paquete individual	Firma de la persona que acepta el despacho
	Dirección de entrega	Relación con el beneficiario
	Número de identificación del paquete (I.D #)	Fecha de entrega
	Fecha de envío	
	Fecha de entrega	
	Un número de referencia común (I.D # de la caja, PO #, etc.) que establezca un vínculo entre la factura y el documento de rastreo (puede ser manuscrito por el proveedor en uno a en ambos documentos)	

**NOTA:** Si el proveedor usa un servicio de entrega o un envío por correo, el proveedor tiene dos opciones en cuanto a la fecha de servicio (DOS) que puede usar en la reclamación:

1. Los proveedores pueden usar la fecha de envío como DOS. La fecha de envío se define como la fecha en la cual se crea la etiqueta ("label") del despacho/envío o la fecha en la cual el artículo es recogido por el servicio de envío para ser entregado. Sin embargo, no debe haber variación significativa entre esas dos fechas.
2. Los proveedores pueden usar la fecha de la entrega como DOS en la reclamación.

**Para Todas las Reclamaciones por Monitores Continuos para la Glucosa (CGM) y Suministros**

**Expedientes Médicos**

1. El beneficiario tiene Diabetes Mellitus (Revise la lista de códigos ICD-10 el Artículo de la Política relacionado, para ver los diagnósticos que aplican) y
2. El profesional tratante ha concluido que el beneficiario (o su cuidador) tiene entrenamiento suficiente usando el CGM recetado como se evidencia al emitir la orden y
3. El CGM se ha recetado de acuerdo con las indicaciones de uso de la FDA y
4. El beneficiario a quien se le receta un CGM para mejorar el control de la glicemia cumple al menos uno de los criterios siguientes:
  - El beneficiario es tratado con insulina o
  - El beneficiario tiene antecedentes de hipoglucemias problemáticas con documentación de al menos uno de las siguientes situaciones:
    - Eventos hipoglucémicos de nivel 2 recurrentes (más de uno) (glucosa <54 mg/dL (3,0 mmol/L)) que persisten a pesar de múltiples (más de uno) intentos de ajustar los medicamentos y/o modificar el plan de tratamiento de la diabetes o
    - Antecedentes de un evento de hipoglucemias de nivel 3 (glucosa <54 mg/dL (3,0 mmol/L)) caracterizado por alteración del estado mental y/o físico que requiere asistencia de terceros para el tratamiento de la hipoglucemias.
5. Dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de la orden del CGM, el profesional tratante realiza una visita con el beneficiario en persona o a través de telesalud aprobada por Medicare, para evaluar su control de la diabetes y determina que se cumplen los criterios (1) a (4) anteriores.
- Para la continuación de la cobertura



- Cada seis (6) meses **después** de la orden inicial del CGM, el profesional tratante tiene una visita con el beneficiario en persona o a través de telesalud aprobada por Medicare, para evaluar el cumplimiento de su régimen con el CGM y el plan de tratamiento de la diabetes.
- Para los CGM complementarios, el beneficiario debe ser propietario o debe tener en renta una bomba de infusión de insulina y cumplir con los criterios de cobertura para la bomba de infusión de insulina

La firma del profesional tratante en los expedientes médicos cumple con los Requisitos de Firma de CMS <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM6698.pdf>

#### PARA TENER EN CUENTA

Debe incluirse el código de diagnóstico que describe la condición por la cual necesita la medición de la glucosa, en cada una de las reclamaciones por el monitor y los suministros autorizados

Para las reclamaciones con fecha de servicio de Julio 1, 2017 o posteriores, hasta la fecha de servicio de Diciembre 31, 2022, el CGM no complementario debe facturarse con el código K0554 y los suministros con el código K0553. Para las reclamaciones con fecha de servicio de Enero 1, 2023 y posteriores, el CGM no complementario debe facturarse con el código E2103 y los suministros con el A4239

Para las reclamaciones con fecha de servicio de Abril 1, 2022 o posteriores, los proveedores deben facturar el E0784 y el E2102 como renta (RR), para describir la renta de la bomba de insulina con la función integrada de recibidor de CGM complementario

El recibidor de CGM es un artículo de bajo costo rutinariamente comprado (IRP), el modificador NU, UE o RR debe agregarse al monitor E2102 y E2103 en cada reclamación que se envíe

Los proveedores deben facturar como renta (RR) tanto el E0784 como el E2103 para describir la renta de una bomba de infusión externa de insulina con la funcionalidad de recibidor de CGM no complementario

Si el recibidor de CGM es un equipo Clase III, el modificador KF debe agregarse al monitor y a los suministros autorizados en cada reclamación enviada.

Si el beneficiario está siendo tratado con administraciones de insulina, debe agregar el modificador KX al monitor y a los suministros autorizados en cada reclamación enviada. El modificador KX no debe agregarse si el beneficiario no está siendo tratado con administraciones de insulina.

Si el beneficiario no está siendo tratado con administraciones de insulina, debe agregar el modificador KS al código del monitor y a los suministros autorizados en cada reclamación enviada

Todos los equipos de CGM facturados como E2102 y E2103 deben haber recibido la verificación de codificación del Contratista de Precios, Análisis de Datos y Codificación (PDAC) y estar en la lista de la Clasificación de Producto (PCL)

Nunca facture con los modificadores KX y KS en la misma línea de la reclamación

El modificador CG debe ser agregado a las líneas de las reclamaciones tanto por E2103 como por A4239 **solamente** si todos los criterios de cobertura del CGM han sido cumplidos

El modificador CG se debe agregar a la línea de la reclamación para el CGM complementario (E2102) incorporado en una bomba de infusión de insulina y al suministro autorizado (código A4238), solo si todos los criterios de cobertura del CGM (1-5) en la LCD de Monitores para la Glucosa se cumplen y se cumplen los criterios de cobertura para la bomba de infusión de insulina como se describe en la LCD de Bombas de Infusión Externas

Presentar reclamaciones con la unidad de servicio correcta para los suministros autorizados (A4239 o A4238)

La cobertura de un sistema de suministros autorizados para CGM está disponible para los sistemas CGM cuando el beneficiario usa un receptor independiente o una bomba de infusión de insulina clasificada como DME para mostrar los datos de glucosa. Además, la cobertura de Medicare está disponible para el sistema de CGM si se utiliza un dispositivo que no sea



DME (reloj, teléfono inteligente, tableta, computadora portátil, etc.) junto con el equipo medico duradero que funciona como receptor de CGM (código E2102 o E2103). Los siguientes son ejemplos de esta disposición:

- La cobertura de Medicare del CGM está disponible cuando un beneficiario utiliza un receptor de CGM duradero para mostrar sus datos de glucosa y también transmite esos datos a un cuidador a través de un teléfono inteligente u otro receptor que no sea DME.
- La cobertura de Medicare del sistema CGM está disponible cuando un beneficiario usa un receptor CGM duradero algunos días para revisar sus datos de la glucosa, pero usa un dispositivo que no es DME otros días.

Si un beneficiario nunca usa un receptor DME o una bomba de infusión de insulina para mostrar los datos de la glucosa del CGM, Medicare no cubre los suministros

## RECURSOS EN LÍNEA

- **Determinaciones Locales de Cobertura (LCD) y Artículos de la Política (PA):**  
<https://www.cgsmedicare.com/jc/coverage/lcdinfo.html>
- **Manual del Proveedor DME MAC:** <https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/supman/index.html>
- **Calculadora de las Fechas de Servicio para los Suministros de CGM Autorizados:**  
[https://www.cgsmedicare.com/medicare\\_dynamic/jc/k0553/index.aspx](https://www.cgsmedicare.com/medicare_dynamic/jc/k0553/index.aspx)

### NOTA

Se espera que los expedientes médicos del beneficiario reflejen la necesidad del cuidado proporcionado. Estos expedientes no deben ser enviados de forma rutinaria al DME MAC, pero deben estar disponibles para cuando se soliciten. Por lo tanto, aunque no es un requisito, recomendamos que el proveedor obtenga una copia revisada de los expedientes apropiados del beneficiario y la mantenga en el archivo del beneficiario.

### EXENCION DE RESPONSABILIDAD

Este documento es una herramienta educativa y no pretende garantizar derechos o imponer obligaciones. Esta Lista de Chequeo puede contener referencias o enlaces a leyes, regulaciones u otro material de la política. La información proporcionada solo pretende ser un resumen general. No intenta tomar el lugar de ninguna ley escrita o regulación. Se recomienda a los proveedores que consulten el Manual del Proveedor y la Determinación de Cobertura Local (LCD)/Artículo de la Política, para obtener información detallada de las políticas y regulaciones.