



LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

Equipos de Presión Positiva para la Vía Aérea (PAP) para el Tratamiento de la OSA

DOCUMENTACION REQUERIDA

Reclamaciones para la cobertura inicial por OSA (primeros tres meses) para todos los E0601 (CPAP) y E0470 (BiPAP sin frecuencia de respaldo)

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. Silla de ruedas o cama hospitalaria), 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 han sido ordenados actualmente y que se van a facturar por separado (enumere cada uno por separado)

Nombre del profesional tratante o el NPI

Firma del profesional tratante

La firma del profesional en la orden escrita debe cumplir los Requisitos de Firma del CMS <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM6698.pdf>

Cualquier cambio o corrección debe tener las iniciales/firma del profesional que receta y este debe escribir la fecha del cambio o la corrección.

DOCUMENTACION DE ENTREGA

Entrega Directa	Servicio de Envío o Correo con Número de Rastreo	Servicio de Envío o Correo con Firma de Recibido
Nombre del beneficiario Dirección de entrega Cantidad entregada Descripción del artículo que está siendo entregado. La descripción puede ser una descripción narrativa (Ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o marca/modelo. Firma de la persona que acepta la entrega Relación con el beneficiario Fecha de entrega	Documento de Envío Nombre del beneficiario Dirección de entrega Descripción del artículo que está siendo entregado. La descripción puede ser una descripción narrativa (Ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o marca/modelo. Cantidad enviada Número de Rastreo Referencia para cada paquete individual Dirección de entrega Numero de Identificación del Paquete (ID#) Fecha de envío Fecha de entrega Un número de referencia común (I.D. # de la caja, P.O. #, etc.) que establezca un vínculo entre el documento de envío y el número de rastreo (puede ser manuscrito por el proveedor en uno o en los dos documentos)	Documento de Envío Nombre del beneficiario Dirección de entrega Descripción del artículo que está siendo entregado. La descripción puede ser una descripción narrativa (Ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o marca/modelo. Cantidad enviada Fecha de envío Firma de la persona que acepta el despacho Relación con el beneficiario Fecha de entrega



LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

Equipos de Presión Positiva para la Vía Aérea (PAP) para el Tratamiento de la OSA

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 entrega como DOS en la reclamación.

Expedientes Médicos

Los expedientes médicos incluyen la documentación de la evaluación en persona entre el beneficiario y el profesional que ordena

Una evaluación en persona evalúa al beneficiario para apnea obstructiva del sueño (OSA) al registrar la información acerca de los siguientes elementos (la evaluación puede incluir otros detalles y cada elemento puede no haber sido contemplado en cada evaluación):

Historia

Signos y síntomas del desorden respiratorio del sueño, incluyendo ronquidos, somnolencia diurna, apneas observadas, asfixia o jadeo durante el sueño, dolores de cabeza en la mañana

Duración de los síntomas

Inventario del sueño válido, tal como la Escala de Somnolencia de Epworth

Examen físico

Evaluación enfocada en el sistema cardiopulmonar y de las vías aéreas altas

Circunferencia del cuello y

Índice de masa corporal (BMI)

La evaluación clínica se completó antes del estudio de sueño

Se realizó un estudio de sueño cubierto por Medicare y cumple con las siguientes calificaciones:

El estudio de sueño (Tipo I, II, III, IV, otro) cumple con los requisitos de un estudio de sueño válido como se enuncia en la NCD 240.4.1 y en el artículo de facturación de la LCD del A/B MAC que aplique

El estudio fue ordenado por el profesional tratante de beneficiario

El estudio fue conducido por una entidad que califique como proveedor de Medicare para estudios de sueño y está en cumplimiento con todas las regulaciones estatales que apliquen

El estudio es aprobado por la FDA como un equipo de diagnóstico

Los resultados del estudio cumplen cualquiera de los siguientes criterios:

El índice de apnea-hipopnea (AHI) o el índice de alteración respiratorio (RDI) es mayor o igual a 15 eventos por hora con un mínimo de 30 eventos o

El AHI o el RDI es mayor o igual a 5 y menor o igual a 14 eventos por hora con un mínimo de 10 eventos y hay documentación de:

Somnolencia diurna excesiva, daño cognitivo, desórdenes del estado de ánimo o insomnio o

Hipertensión, enfermedad cardíaca isquémica o historia de accidente cerebro vascular

NOTA: El estudio de sueño puede ser realizado bien sea como un estudio de toda la noche para diagnóstico solamente o como un estudio en noches separadas para diagnóstico y evaluación inicial de tratamiento. Si el AHI o el RDI es calculado con base en menos de dos horas de tiempo total de grabación, el número total de eventos grabados usados para calcular el AHI o el RDI debe ser por lo menos el número de eventos que se hubieran requerido en un periodo de dos horas.

El beneficiario y/o la persona que lo cuida recibió instrucciones por parte del proveedor acerca de cómo usar y cuidar apropiadamente el equipo de PAP y sus accesorios.

CRITERIO ADICIONAL – E0470 (BiPAP sin frecuencia de respaldo)

El beneficiario cumple con todos los criterios para el equipo de presión positiva de la vía aérea de un nivel (E0601)



LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

Equipos de Presión Positiva para la Vía Aérea (PAP) para el Tratamiento de la OSA

Se probó el E0601 y resultó ser ineficaz de acuerdo con el ensayo terapéutico realizado bien sea en una institución o en la casa

Se tuvo en cuenta la comodidad y el ajuste de la interfase y la interfase apropiada ha sido adecuadamente ajustada y el beneficiario la usa sin dificultad. La interfase será usada con el equipo E0470 y

Los ajustes a los parámetros del E0601 fueron manejados. Los parámetros actuales de la presión para el E0601 evitan que el beneficiario tolere la terapia y se probaron ajustes de presión más bajos del E0601, pero no lograron:

- Controlar adecuadamente los síntomas de la OSA o
- Mejorar la calidad del sueño o
- Reducir el AHI/RDI a niveles aceptables

NOTA: Si se prueba un equipo E0601 y se encuentra que no es efectivo durante la prueba inicial en una institución o en la casa, la sustitución por un equipo E0470 no requiere una nueva evaluación clínica inicial en persona ni una nueva prueba de sueño. Durante este período de tiempo, un cambio de un E0601 a un E0470 no cambia la duración del periodo de prueba a menos que queden menos de 30 días en el período de prueba. Si quedan más de 30 días en el periodo de prueba, la reevaluación clínica aún se realizará entre el día 31 y el 91 después del inicio del uso del E0601 y la documentación de cumplimiento de la terapia con el E0470 deberá obtenerse antes del día 91 contado a partir del día de inicio del uso del E0601. Si quedan menos de 30 días en el período de prueba, la reevaluación clínica y el informe de cumplimiento de la terapia deben ocurrir antes de los 120 días posteriores al inicio del E0601.

Si se ha utilizado un equipo E0601 durante más de 3 meses y el beneficiario se cambia a un E0470, se requiere una nueva evaluación clínica inicial en persona, pero no se requiere un nuevo estudio de sueño. Comenzará una nueva prueba de 3 meses para el uso del E0470. Se debe realizar una reevaluación clínica entre el día 31 y el 91 después del inicio del E0470 y también debe haber documentación del cumplimiento de la terapia durante el periodo de prueba de 3 meses con el E0470.

Todas las Reclamaciones por Equipos de PAP - Continuación de la Cobertura (Después de los primeros tres meses de terapia)

Los expedientes del profesional tratante documentan la reevaluación clínica no antes del día 31 pero no después del día 91 después de haber iniciado la terapia y documentan que el beneficiario está siendo beneficiado con la terapia del PAP y se demuestra a través de:

Mejoría en los síntomas de la apnea obstructiva del sueño y

Evidencia objetiva del cumplimiento con el uso del equipo de PAP

Descarga directamente desde el equipo o inspección visual de los datos de uso que verifican que el beneficiario ha estado usando el PAP 4 o mas horas por noche en el 70% de las noches durante un periodo consecutivo de 30 días en cualquier momento durante los primeros tres meses del uso inicial y

El profesional tratante revisó el reporte escrito del cumplimiento de la terapia

La reevaluación clínica está documentada de forma detallada en una nota escrita en el expediente del beneficiario, en el formato que el profesional tratante usa para otras notas

Reemplazo de Equipo Durante el Periodo Razonable de Vida Útil Debido a Pérdida, Robo o Daño Irreparable

Documentación que verifique la razón para el reemplazo (reporte de la policía, reporte de la aseguradora, reporte de incendio, etc.)

Reemplazo de Equipo Después del Periodo Razonable de Vida Útil (RUL) de 5 Años

Una orden escrita (SWO) para el equipo

Una evaluación en persona por el profesional tratante que documente que el beneficiario continúa usando y recibiendo beneficio del equipo

Beneficiarios Ingresando a Medicare (Continuación del Uso de un Equipo Existente o Reemplazo del Equipo)

Una orden escrita (SWO) para el equipo

Un estudio de sueño- Documentación de que el beneficiario ha tenido un estudio de sueño antes del ingreso a Medicare FFS, que cumple con los criterios de cobertura de Medicare para AHI/



LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

Equipos de Presión Positiva para la Vía Aérea (PAP) para el Tratamiento de la OSA

RDI que estén en efecto en el momento en el cual el beneficiario busca la cobertura de Medicare para el remplazo del equipo de PAP y/o los accesorios

Evaluación clínica – Después del ingreso a Medicare FFS, el beneficiario tuvo una evaluación en persona por el profesional tratante quien documenta en el expediente médico del beneficiario que:

El beneficiario tiene un diagnóstico de Apnea Obstructiva del Sueño y

El beneficiario continúa usando el equipo de PAP

Para los artículos que el beneficiario adquiere en persona en el establecimiento del proveedor, el documento de entrega o una copia del recibo con la lista detallada de los artículos se considera como suficiente documentación de la solicitud de resurtido

Solicitud de Resurtido de Suministros No Consumibles (Para fechas de servicio antes del 1 de Enero del 2024)

Para los artículos que sean despachados al beneficiario

Una descripción de cada artículo solicitado

Fecha de la solicitud

Documentación que describa la condición funcional del (de los) artículo/s que están siendo resurtidos, con el detalle suficiente como para demostrar la causa de la disfunción por la cual necesita ser remplazado

El contacto no fue realizado antes de los 14 días a la fecha en la cual le corresponde el despacho/envío

Para los artículos que el beneficiario obtenga en persona en el establecimiento del proveedor, el documento de entrega o una copia del recibo con la lista detallada de los artículos se considera como suficiente documentación de la solicitud de resurtido

Para Fechas de Servicio de Enero 1, 2024 y Posteriores	
Artículos Obtenidos Personalmente en el Local del Proveedor	Comunicación del Resurtido Entregada
<p>Documento de entrega firmado o copia del recibo de venta</p> <p>El documento de entrega/recibo debe mencionar que los artículos se recogieron en el local del proveedor</p>	<p>Nombre del beneficiario y/o de su representante autorizado (Se sugiere que si es alguien diferente al beneficiario, incluya la relación de la persona con el beneficiario)</p> <p>Fecha de solicitud</p> <p>Descripción de cada artículo solicitado</p> <p>Documentación de la respuesta afirmativa indicando la necesidad del resurtido</p> <p>El contacto no debe haber ocurrido antes de los 30 días anteriores a la fecha esperada de finalización del producto actual</p> <p>El despacho/envío se hizo no antes de los 10 días anteriores a la fecha de finalización esperada del producto actual</p>

La Continuación de la Necesidad Médica para el Equipo/Accesorios/Suministros es Verificada a Través de:

Una orden reciente del profesional tratante por reparaciones

Un cambio reciente en la orden

Documentación actualizada en el expediente médico del beneficiario mostrando el uso del artículo

Documentación actualizada se define como un expediente emitido dentro de los doce (12) meses anteriores a menos de que la política especifique algo diferente



LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

Equipos de Presión Positiva para la Vía Aérea (PAP) para el Tratamiento de la OSA

PARA TENER EN CUENTA

- Para la cobertura inicial del PAP (meses 1 a 3) no debe usarse el modificador KX a menos de que todos los criterios de cobertura se cumplan
- Para la continuación en la cobertura (mes 4 en adelante), el modificador KX solo puede usarse en las reclamaciones si tanto los criterios de “Cobertura Inicial” como los criterios de “Continuación de Cobertura” se han cumplido. Revise la LCD de PAP para la información detallada acerca de como usar el modificador KX
- Si todos los criterios de cobertura no se cumplen, deben agregarse los modificadores GA o GZ al código. Cuando se espera una denegación por no necesidad médica, el proveedor debe ingresar el modificador GA en la línea de la reclamación si se ha obtenido un ABN (Notificación Anticipada para el Beneficiario) debidamente ejecutado o el modificador GZ si no se ha obtenido un ABN válido
- Las líneas de la reclamación facturadas sin los modificadores KX, GA o GZ serán rechazadas por falta de información
- Artículos sin una orden del médico o de otro profesional del cuidado de la salud con licencia, deben enviarse con el modificador EY agregado al código HCPCS afectado

RECURSOS EN LÍNEA

- Manual del Proveedor de la JC: <https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/supman/index.html>
- Determinaciones de Cobertura Local (LCD) y Artículos de la Política: <https://www.cgsmedicare.com/jc/coverage/lcdinfo.html>
- Recursos para Presión Positiva de la Vía Aérea: <https://www.cgsmedicare.com/jc/mr/pap.html>
- Herramienta para la Presión Positiva de la Vía Aérea: https://www.cgsmedicare.com/medicare_dynamic/dme/jc_pap/pap.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 el 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 médicos y la mantenga en el archivo del beneficiario.

EXENCION DE RESPONSABILIDAD

Este documento fue preparado como una herramienta educativa y no pretende garantizar derechos ni imponer obligaciones. Esta lista de chequeo puede contener referencia o enlaces de internet a leyes, regulaciones u otro material público. La información acá proporcionada solamente pretende ser un resumen. No tiene como intención remplazar o tomar el lugar de la ley escrita o de las regulaciones. Se le pide a los proveedores que consulten el manual del proveedor del DME MAC Jurisdicción C y la Política de Determinación de la Cobertura Local o LCD/Artículo de la Política, para obtener los detalles completos y exactos de las políticas y las regulaciones.