



LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

JURISDICCIÓN C

Superficies de Apoyo para Reducir la Presión Grupo 3 (PRSS)

DOCUMENTACION REQUERIDA

Orden Escrita Estándar (SWO)

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

Cantidad por despachar, si aplica

Nombre del profesional tratante o el NPI

Firma del profesional tratante

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

Documentación de Entrega

DOCUMENTACION DE ENTREGA

Entrega Directa	Sistema de Envíos/Correo Documento de Rastreo	Sistema de Envíos/Correo Factura con Confirmación de Entrega
<p>Nombre del beneficiario Dirección de entrega Cantidad entregada Descripción de el(los) artículo(s) que está(n) siendo entregado(s). La descripción puede ser una descripción general (Ej. silla de ruedas o cama hospitalaria), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o la marca/modelo Firma de la persona que acepta la entrega Relación con el beneficiario Fecha de entrega</p>	<p>Factura de Envío Nombre del beneficiario Dirección de entrega Descripción de el(los) artículo(s) que está(n) siendo entregado(s). La descripción puede ser una descripción general (Ej. silla de ruedas o cama hospitalaria), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o la marca/modelo Cantidad enviada Documento de Rastreo Referencia a cada paquete por separado Dirección de entrega Número de identificación del paquete (ID#) Fecha de envío Fecha de entrega Número de referencia común (# de identificación de la caja, # de orden, etc.) que vincule la factura y el documento de rastreo (puede ser escrita por el proveedor en uno o ambos formatos)</p>	<p>Documento de Envío Nombre del beneficiario Dirección de entrega Descripción de el(los) artículo(s) que está(n) siendo entregado(s). La descripción puede ser una descripción general (Ej. silla de ruedas o cama hospitalaria), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o la marca/modelo Cantidad enviada Fecha de envío Firma de la persona que aceptó la entrega Relación con el beneficiario Fecha de entrega</p>

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:

- 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.
- Los proveedores pueden usar la fecha de entrega como DOS en la reclamación.

Expedientes Médicos

El expediente médico respalda que el beneficiario cumple con todos los siguientes criterios:



LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

Superficies de Apoyo para Reducir la Presión Grupo 3 (PRSS)

El beneficiario tiene una úlcera de presión estado 3 (pérdida completa de tejido) o estado 4 (destrucción profunda de tejido)

El beneficiario está confinado a la cama o a la silla como resultado de una limitación severa de la movilidad

En ausencia de una cama de aire fluidizado, el beneficiario requeriría estar en una institución

La cama de aire fluidizado ha sido ordenada por escrito por el profesional que está atendiendo al beneficiario, basándose en una evaluación y valoración integral del beneficiario, después de completar un periodo con tratamiento conservador, diseñado para optimizar las condiciones que promuevan la curación de la herida. (La evaluación generalmente debe ser realizada dentro del mes anterior al inicio de la terapia con la cama de aire fluidizado)

El periodo con el tratamiento conservador tuvo una duración de por lo menos un mes sin obtener progreso en cuanto a la curación de la herida. (Este requisito de un mes de tratamiento conservador, puede incluir períodos dentro de una institución, siempre y cuando haya documentación disponible para verificar que se cumplió con el tratamiento conservador necesario)

El tratamiento conservador incluye **todos** los siguientes seis elementos:

Cambios de posición frecuentes del beneficiario, poniendo especial atención en disminuir la presión sobre las prominencias óseas (usualmente cada 2 horas) y

Se ha usado una superficie de apoyo grupo 2 para reducir la presión las fuerzas de fricción, en las heridas en proceso de curación y previniendo la formación de una úlcera nueva y

Se ha cumplido con el tratamiento necesario para resolver cualquier infección de la herida y

Se ha promovido la optimización del estado nutricional para promover la curación de la herida y

Se ha hecho desbridamiento de cualquier tipo, incluyendo apósticos de gasa "húmedo a seco" para remover tejido desvitalizado de la herida y

Se ha mantenido el tejido de granulación húmedo y limpio con los apósticos húmedos apropiados protegidos por una cubierta oclusiva, mientras la herida sana

Adicionalmente el Tratamiento Conservador Generalmente Incluye

- Educación al beneficiario y a quien lo cuida acerca de la prevención y el manejo de las úlceras por presión y
- Evaluación por parte de un médico, enfermera(o) u otro profesional de la salud con licencia, al menos una vez por semana y
- Manejo apropiado de la humedad/incontinencia

Se requiere de una barrera oclusiva, cuando es necesario mantener un ambiente húmedo para la curación de la herida, la cual de otra manera puede verse comprometida por la acción de secado del flujo de aire generado por la terapia de aire fluidizado. Si los apósticos húmedos NO se requieren debido a las características de la herida (ej. Herida con alta producción de exudado, etc.) la barrera oclusiva no se requiere como una condición para el reembolso.

Los apósticos tipo "húmedo a seco" cuando se usan para el desbridamiento no requieren un apósito oclusivo. El uso de los apósticos tipo "húmedo a seco", que comenzó durante el periodo de tratamiento conservador y el cual continúa más allá de los 30 días, no impide la cobertura de una cama de aire fluidizado. Si se hace necesario el desbridamiento nuevamente mientras el beneficiario esté usando la cama de aire fluidizado (después del periodo de tratamiento conservador de 30 días) esto no será causal de denegación de la cama de aire fluidizado.

- Un adulto entrenado para cuidar al beneficiario debe estar disponible para asistir al beneficiario con las actividades de la vida diaria, el balance de fluidos, el cuidado de la piel seca, el cambio de posición, el reconocimiento y manejo de las alteraciones del estado



mental, las necesidades en cuanto a la dieta, los tratamientos prescritos y el manejo y apoyo del sistema de cama de aire fluidizado y sus problemas, tales como goteos.

- Un profesional debe dirigir el régimen de tratamiento en casa y re evaluar y re certificar la necesidad de la cama de aire fluidizado mensualmente
- Todos los demás equipos alternativos se han considerado y descartado
- Los expedientes médicos cumplen con los requisitos de Firma de CMS <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM6698.pdf>

Requisitos de la Documentación para la Continuación de la Cobertura mas allá del Primer Mes

Mensualmente el profesional tratante debe documentar la necesidad del equipo con una declaración escrita que especifique:

El tamaño de la úlcera

Si la úlcera no está sanando, que otros aspectos del plan de cuidado se han modificado para promover la curación

El continuar con el uso de la cama de aire fluidizado se considera como razonable y necesario para el manejo de la herida

Esta declaración mensual del profesional debe guardarse en el expediente del proveedor y estar disponible para inspección en el momento en el que se solicite. La continuación en el uso está cubierta hasta que la úlcera sane.

Exclusiones de la Cobertura

Una cama de aire fluidizado se denegará como no razonable ni necesaria bajo cualquiera de las siguientes circunstancias:

El beneficiario tiene una enfermedad pulmonar coexistente (la falta de un soporte firme en la espalda hace que la tos sea inefectiva y la inhalación de aire seco espesa las secreciones pulmonares)

El beneficiario requiere tratamiento con paños húmedos o los apósitos húmedos para la herida, los cuales no están protegidos con una cubierta impermeable tal como una envoltura plástica u otro material oclusivo.

La persona que cuida al beneficiario no desea o no es capaz de proveer el tipo de cuidado requerido por el beneficiario con una cama de aire fluidizado

El soporte estructural es inadecuado para resistir el peso de la cama de aire fluidizado (que generalmente pesa 1,600 libras o mas)

El sistema eléctrico es insuficiente para el aumento anticipado del consumo de energía u Otra contraindicación existente

Para Tener en Cuenta

Los proveedores **deben** añadir el Modificador KX, solamente cuando todos los criterios que aparecen en la sección de la Política llamada "Coverage, Indications, Limitations and/or Medical Necessity" se cumplen. Si los requisitos para el Modificador KX no se cumplen, el Modificador KX **no debe** usarse. La información deberá estar disponible para cuando se solicite.

Para cada reclamación por cada mes subsecuente use el modificador KX solamente si la certificación mensual del profesional indica que la continuidad en el uso es necesaria.

Descontinúe el uso del modificador KX si los criterios de cobertura no se cumplen o si el uso se ha descontinuado.

Si todos los criterios de la sección "Coverage, Indications, Limitations and/or Medical Necessity" no se cumplen, **deberá** usarse el modificador GA o GZ agregado al código. Si hay sospecha de una denegación por no necesidad medica, los proveedores **deben** utilizar el modificador GA en la reclamación si han obtenido un ABN (Notificación Anticipada para el beneficiario) adecuadamente ejecutado o el Modificador GZ si no tienen un ABN válido.



Las líneas de la reclamación facturadas sin un modificador KX, GA o GZ serán **rechazadas** por falta de información.

Los artículos entregados antes de que el proveedor haya recibido una orden escrita, deben ser facturados con el Modificador EY agregado a cada código HCPCS afectado.

Recursos en Línea

- Manual del Proveedor DME MAC Jurisdicción C (Supplier Manual)
<http://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/supman/index.html>
- Recursos para las Superficies de Apoyo
<https://www.cgsmedicare.com/jc/mr/ssr.html>
- Artículo de la Política y LCD para Superficies de Apoyo para Reducir la Presión Grupo 3
<https://www.cgsmedicare.com/jc/coverage/lcdinfo.html>

NOTA: Se espera que los expedientes médicos del beneficiario reflejen la necesidad del cuidado provisto. Estos expedientes no deben ser enviados de forma rutinaria al DME MAC, pero deben estar disponibles cuando sean solicitados. Por lo tanto aunque no es un requisito, se recomienda que los proveedores obtengan y revisen los expedientes médicos apropiados y mantengan una copia de los mismos en el expediente 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 de la política. La información acá proporcionada solamente pretende ser un resumen general. 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, para obtener los detalles completos y exactos de las políticas y las regulaciones.