



# Oxígeno y Equipo para Oxígeno

## Beneficiarios que Cumplen los Criterios del Grupo I y II

### DOCUMENTACION REQUERIDA

#### Para todas las reclamaciones de Oxígeno por el Grupo I y el Grupo II

##### 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 (P. Ej. concentrador de oxígeno), un código HCPCS, la descripción del código HCPCS o la marca y número de modelo

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

**Para suministros** - Junto con la descripción del artículo de base, la orden del DMEPOS puede incluir todos los suministros que se van a facturar independientemente (enumere cada uno por separado)

Cantidad por despachar, si aplica

Nombre del profesional tratante o el NPI

Firma del profesional tratante

La firma del profesional en la orden escrita cumple con los **requisitos de CMS** del Manual de Integridad del Programa (PIM) 100-08, capítulo 3, sección 3.3.2.4

La Orden Escrita Estándar se obtuvo antes de enviar la reclamación a Medicare

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

##### Prueba de entrega

Nombre del beneficiario

Cantidad entregada

Descripción de todos los artículos que están siendo entregados. La descripción puede ser una descripción en narrativa (P. Ej. concentrador de oxígeno), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o la marca y modelo

Firma del beneficiario (o designado)

Fecha de entrega

##### Expedientes Médicos

Los expedientes médicos demuestran que el beneficiario cumple con los criterios básicos de cobertura especificados en la LCD de Oxígeno y Equipo para Oxígeno.

El profesional tratante ha ordenado y evaluado los resultados del estudio de gases que califica, el cual ha sido realizado en el momento de la necesidad y

El estudio de gases del beneficiario cumple con los criterios que se enumeran a continuación y

El estudio de gases que califica fue realizado por un profesional tratante o por un proveedor o suplidor calificado de servicios de laboratorio y

Proveer oxígeno y equipo de oxígeno en la casa mejorará la condición del beneficiario



## Sillas de Ruedas Manuales

La firma del profesional en la orden escrita cumple con los **requisitos de CMS** del Manual de Integridad del Programa (PIM) 100-08, capítulo 3, sección 3.3.2.4

Un estudio de gases que califica es aquel que cumple con las Políticas del "Fiscal Intermediary," del "Local Carrier" o del Contratista Administrativo de A/B (MAC), establecidas en los estándares para conducir un estudio y este está cubierto por Medicare Parte A o Parte B

Los criterios de Grupo I incluyen cualquiera de los siguientes:

1. Una PO2 arterial de 55 mmHG o menor o una saturación arterial de oxígeno de 88% o menor, tomadas en descanso (despierto) mientras respira aire ambiente o
2. Una PO2 arterial de 55 mmHg o menor o una saturación arterial de oxígeno de 88% o menor, tomadas durante el sueño en un beneficiario que demuestra una PO2 arterial de 56 mmHg o mayor o una saturación arterial de oxígeno de 89% o mayor mientras está despierto. En este caso, el oxígeno y el equipo para administrar el oxígeno solo es razonable y necesario durante el sueño o
3. Una disminución en la PO2 arterial de mas de 10 mmHg o una disminución de la saturación arterial de oxígeno de mas del 5% de la saturación de base, tomadas durante el sueño y asociadas con síntomas de hipoxemia como deficiencia en el proceso cognitivo e inquietud nocturna o insomnio (entre otros). En este caso, el oxígeno y el equipo para oxígeno solo es razonable y necesario durante el sueño o
4. Una PO2 arterial de 55 mmHg o menor o una saturación arterial de oxígeno de 88% o menor, tomadas durante el ejercicio en un beneficiario que demuestra una PO2 arterial de 56 mmHg o mayor o una saturación arterial de oxígeno de 89% o mayor durante el día en descanso. En este caso, el oxígeno portátil y el equipo de oxígeno solo es razonable y necesario mientras esté despierto y durante el ejercicio

Cuando la terapia con oxígeno y el equipo de oxígeno están cubiertos con base en una oximetría tomada durante el ejercicio, debe haber documentación de tres (3) estudios de oximetría en el expediente médico del beneficiario:

1. Prueba en descanso sin oxígeno y
2. Prueba durante el ejercicio sin oxígeno y
3. Prueba durante el ejercicio con oxígeno aplicado (para demostrar que la hipoxemia mejora)

Todas las tres pruebas deben ser realizadas en la misma sesión de prueba. La prueba durante el ejercicio debe ser realizada en persona por el profesional tratante o por otro profesional médico calificado para conducir la prueba del estudio de oximetría.

La oximetría obtenida después del ejercicio mientras está en descanso, algunas veces conocida como "prueba de recuperación," no es parte de los elementos de las 3 pruebas requeridas y no es válida para determinar la elegibilidad para la cobertura de la terapia de oxígeno y del equipo de oxígeno.

Los criterios de Grupo II incluyen todos los siguientes:

Una PO2 arterial de 56-59 mmHg o una saturación de oxígeno en sangre arterial de 89% y

Cualquiera de los siguientes:

Edema dependiente que sugiere falla cardiaca congestiva o

Hipertensión pulmonar o cor pulmonale, determinado por la medición de la presión de la arteria pulmonar, "gated blood pool scan," ecocardiograma o un EKG con "P" pulmonale (onda P mayor de 3 mm en las derivaciones estándar II, III o AVF) o

Eritrocitemia con hematocrito mayor del 56%

Para la continuación de la cobertura, debe haber evidencia en el expediente médico que documente:

Grupo I:



## Sillas de Ruedas Manuales

La terapia de oxígeno y el equipo de oxígeno permanecen siendo razonables y necesarios

### Grupo II

Se hizo una re-evaluación y se repitió el estudio de gases calificado por parte del profesional tratante entre los días 61 y 90 después de haber iniciado la terapia y

Se tiene una nueva SWO del profesional tratante

### Sistema de Oxígeno Portátil

Expediente médico que respalde:

Para los grupos I y II el beneficiario debe movilizarse dentro de la casa

El estudio calificado de gases en sangre fué realizado en descanso (despierto) o durante el ejercicio.

### Flujo de Oxígeno mayor de 4 LPM

Una copia del estudio de gases en sangre que muestra que los niveles de gases en sangre están dentro del Grupo I o el Grupo II mientras el beneficiario está recibiendo oxígeno a un flujo de 4 LPM o mayor

### Beneficiarios que entran al programa de Medicare "Fee-For-Service"

Cuando un beneficiario que está recibiendo oxígeno pagado por otro pagador (incluyendo un Plan Advantage de Medicare), se vuelve elegible para Medicare FFS, la primera reclamación por un artículo o servicio se considera como una reclamación inicial y nueva para Medicare. Medicare no continua la cobertura automáticamente para ningún artículo obtenido a través de otro pagador cuando el beneficiario hace la transición a Medicare.

Debe cumplirse con todos los requisitos de cobertura de Medicare, codificación y documentación mencionados anteriormente.

Orden SWO emitida en una fecha después de la fecha en la que el beneficiario se volvió elegible para Medicare FFS

Estudio de gases que califique (el cual fue ordenado y evaluado por el profesional tratante), puede tener fecha anterior a la fecha de inscripción en Medicare FFS

#### Prueba de entrega

Una declaración firmada y con fecha de firma realizada por el beneficiario (o el designado del beneficiario) que mencione que el proveedor examinó el artículo, cumple con los requisitos de la prueba de entrega

Una declaración del proveedor en la cual mencione que el artículo cumple con los requisitos de Medicare. Nota: El primer día del primer mes de renta en el cual Medicare pague por el artículo (DOS o fecha de servicio), sirve como la fecha de comienzo del periodo de vida útil y del periodo de uso continuo

### Reemplazo Después de los Cinco (5) Años de Vida Útil (RUL)

El beneficiario puede elegir obtener un reemplazo tanto del equipo de oxígeno estacionario como del portátil cuando se llega a la fecha de finalización del periodo de los cinco (5) años de vida útil.

Nueva SWO (ver los elementos requeridos mas arriba)

Nueva prueba de entrega (ver los elementos requeridos mas arriba)

No se requiere de un nuevo estudio de gases

El modificador RA debe agregarse en la reclamación por el primer mes de renta junto con una nota explicando la razón del reemplazo



## Sillas de Ruedas Manuales

### PARA TENER EN CUENTA

- Para las reclamaciones por oxígeno que fue cubierto por Medicare antes de abril 1, 2023, los proveedores deben continuar usando el modificador "KX" o pueden usar los modificadores "N" para facturar las reclamaciones con fechas de servicio de abril 1, 2023 y posteriores.
- Para las reclamaciones iniciales por oxígeno o para los nuevos periodos de renta de 36 meses con fechas de servicio de abril 1, 2023 o posteriores, los proveedores deben usar el modificador "N1", "N2" o "N3" como se describe a continuación:
  - Modificador "N1" solamente si todos los criterios de la sección de Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y Necesidad Médica de la LCD, se han cumplido para los beneficiarios del grupo I
  - Modificador "N2" solamente si todos los criterios de la sección de Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y Necesidad Médica de la LCD, se han cumplido para los beneficiarios del grupo II
  - Modificador "N3" solamente si todos los criterios de la sección de Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y Necesidad Médica de la LCD, se han cumplido para los beneficiarios del grupo III
- Si todos los criterios de la sección de Cobertura y Necesidad Médica de la LCD no se cumplen, el modificador GA, GY o GZ debe agregarse al código. Cuando se espera una denegación por necesidad médica, los proveedores deben agregar el modificador GA en la línea de la reclamación si anteriormente han obtenido un ABN (Notificación Anticipada para el Beneficiario) correctamente ejecutado, el modificador GZ si no se tiene un ABN válido o el modificador GY si el artículo o servicio está estatutariamente excluido
- Dependiendo de la fecha de servicio en la reclamación descrita anteriormente, las líneas de las reclamaciones facturadas sin el modificador GA, GY, GZ, KX, N1, N2 o N3 serán denegadas por falta de información
- **QA:** para escenarios en donde se requiere que el beneficiario tenga un flujo de oxígeno diferente durante el día y durante la noche. Usado si el flujo promedio documentado durante el estudio hecho durante el día "en descanso" y el flujo requerido de oxígeno durante la noche es menor de 1 LPM (aplican las reglas de redondeo aritmético estándar)
- **QB:** para escenarios en donde se requiere que el beneficiario tenga un flujo de oxígeno diferente durante el día y durante la noche. Usado si el flujo promedio documentado durante el estudio hecho durante el día "en descanso" y el flujo requerido de oxígeno durante la noche es mayor de 4LPM (aplican las reglas de redondeo aritmético estándar) y se recetó oxígeno portátil
- **QE:** usado si el flujo requerido documentado en un estudio para calificar "en descanso" es menor de 1 LPM
- **QF:** usado si el flujo requerido documentado en un estudio para calificar "en descanso" es mayor de 4 LPM y se recetó oxígeno portátil . NO USE el flujo de oxígeno requerido tomado de un estudio para calificar "en ejercicio"
- **QG:** usado si el flujo requerido documentado en un estudio para calificar "en descanso" es mayor de 4 LPM. NO USE el flujo de oxígeno requerido tomado de un estudio para calificar "en ejercicio"
- **QR:** para escenarios en donde se requiere que el beneficiario tenga un flujo de oxígeno diferente durante el día y durante la noche. Usado si el flujo promedio documentado durante el estudio hecho durante el día "en descanso" y el flujo requerido de oxígeno durante la noche es mayor de 4 LPM (aplican las reglas de redondeo aritmético estándar)

### RECURSOS EN LÍNEA

- Determinaciones Locales de Cobertura y artículos de las Políticas:  
<https://www.cgsmedicare.com/jc/coverage/LCDinfo.html>
- Manual del Proveedor DME MAC:  
<https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/supman/index.html>



## Sillas de Ruedas Manuales

- **Recursos para Oxígeno**

[https://www.cgsmedicare.com/jc/mr/oxygen\\_resources.html](https://www.cgsmedicare.com/jc/mr/oxygen_resources.html)

### 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 de la Jurisdicción C y la Determinación de Cobertura Local (LCD)/Artículo de la Política, para obtener información completa y precisa de las políticas y regulaciones.

**NOTA:** Se espera que los expedientes médicos del paciente 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.