



Equipos de Asistencia Respiratoria—EO471

(Desórdenes Torácicos Restrictivos, Apnea Central del Sueño,
Apnea Compleja del Sueño y Síndrome de Hipovenilación)

Presión de Dos Niveles – CON Frecuencia de Respaldo

DOCUMENTACION REQUERIDA

Para todas las reclamaciones por EO471 - cobertura inicial (Primeros Tres Meses)

Orden Escrita Estándar (SWO)

La orden escrita estándar 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 (P. Ej. silla de ruedas o cama hospitalaria), un código HCPCS, la descripción del código HCPCS o la marca o el 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 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)

Cantidad por despachar, si aplica

Nombre del profesional tratante o el NPI

Firma del profesional tratante

La firma del profesional en la orden escrita estándar, cumple con los requisitos de CMS para la firma

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

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

Documentación en los Expedientes Médicos

El expediente médico documenta completamente los síntomas característicos de la hipovenilación asociada con el sueño (hipersomnolencia diurna, fatiga excesiva, cefaleas matutinas, disfunción cognitiva, disnea, etc.)

El expediente médico evidencia que el beneficiario tiene uno de los siguientes desórdenes clínicos y cumple todos los criterios de cobertura para ese desorden clínico.

Desorden Torácico Restrictivo

El expediente médico del beneficiario documenta una enfermedad neuromuscular (por ejemplo ALS) o una anormalidad severa de la caja torácica (por ejemplo post toracoplastia por TB) Y

El expediente médico documenta UNA de las siguientes condiciones:

Una presión arterial de CO2 (PaCO2) tomada mientras el beneficiario está despierto y respirando la FIO2 recetada, mayor o igual a 45 mmHg o

Equipos de Asistencia Respiratoria—EO471

(Desórdenes Torácicos Restrictivos, Apnea Central del Sueño,
Apnea Compleja del Sueño y Síndrome de Hipoventilación)

Una oximetría durante el sueño que demuestra una saturación de oxígeno menor o igual a 88% por 5 minutos o más de tiempo durante la grabación nocturna (tiempo mínimo de grabación de 2 horas) tomada mientras el beneficiario está respirando la FIO2 recetada o

Unicamente para enfermedad neuromuscular:

La presión máxima inspiratoria es menor de 60 cm H2O o

La capacidad vital forzada es menor del 50% estimado y

El expediente médico evidencia que la COPD no contribuye significativamente a la limitación pulmonar del beneficiario.

Apnea Central del Sueño o Apnea Compleja del Sueño

Antes de iniciar la terapia, se realizó una polisomnografía totalmente dentro de una facilidad y

La polisomnografía documenta todo lo siguiente:

Un diagnóstico de Apnea Central del Sueño (CSA) o Apnea Compleja del Sueño (CompSA) y

Hay una mejoría significativa de la hipoventilación asociada con el sueño, con el uso del equipo programado a los valores recetados para el uso inicial en casa, mientras el beneficiario respira a la FIO2 recetada.

La Apnea Central del Sueño (CSA) se define como:

1. Un Índice de Apnea-Hipopnea (AHI) mayor de 5 y
2. La suma del total de Apneas Centrales más las Hipopneas Centrales es mayor del 50% del total de apneas/hipopneas y
3. El índice de apnea central-hipopnea central (CAH) es mayor o igual a 5 por hora y
4. Presencia de por lo menos uno de:
 - Somnolencia
 - Dificultad para conciliar o mantener el sueño, se despierta frecuentemente o el sueño no es restaurador
 - Se despierta con disnea
 - Ronquidos
 - Apneas identificadas por un testigo
5. No hay evidencia de hiperventilación diurna o nocturna

La Apnea Compleja del Sueño (CompSA) es una forma de Apnea Central específicamente identificada por todo lo que se enumera a continuación:

1. Con el uso de un equipo de presión aérea positiva sin frecuencia de respaldo (E0601 o E0470) la polisomnografía muestra un patrón de apneas e hipopneas que demuestran la persistencia o aparición de apenas o hipopneas centrales, después de la exposición a un CPAP (E0601) o a un equipo con presión de dos niveles y sin frecuencia de respaldo (E0470) cuando se ha evaluado hasta el punto en donde los eventos obstrutivos han sido tratados efectivamente (AHI obstrutivo menor de 5 por hora)
2. Despues de la resolución de los eventos obstrutivos, la suma total de las apneas centrales más las hipopneas centrales es mayor del 50% del total de apneas y de hipopneas y
3. Despues de la resolución de los eventos obstrutivos el índice de apnea central-hipopnea central (CAHI) es mayor o igual a 5 por hora

Síndrome de Hipoventilación

Se ha estado usando un equipo E0470 cubierto y

La espirometría muestra una FEV1/FVC mayor o igual al 70% y

Se cumple uno de los siguientes criterios:

Equipos de Asistencia Respiratoria—EO471

(Desórdenes Torácicos Restrictivos, Apnea Central del Sueño,
Apnea Compleja del Sueño y Síndrome de Hipoventilación)

La PaCO₂ en los gases en sangre arterial (ABG) tomados despierto y respirando la FIO₂ recetada, muestra que la PaCO₂ del beneficiario empeora en 7 mm Hg o más cuando se compara con el resultado del ABG realizado para calificar al beneficiario para el equipo E0470 o

Una PSG realizada en una facilidad o HST demuestra que la saturación de oxígeno es de 88% o menos por 5 minutos o más durante el tiempo de grabación nocturna (tiempo mínimo de grabación de 2 horas), la cual no es causada por eventos obstrutivos de la vía aérea superior. Ej. AHÍ menor de 5 mientras está usando el equipo E0470 (Refiérase a la LCD de Equipos de Presión Positiva para la Vía Aérea para información acerca de la cobertura del E0470 para apnea obstrutiva del sueño).

Reclamaciones por E0471 - Continuación de la cobertura para Desórdenes Torácicos Restrictivos, CSA, CompSA o Síndrome de Hipoventilación (mas allá de los primeros tres meses de trapia)

El expediente médico incluye una re evaluación en el día 61 de terapia o posterior

La re evaluación registra el progreso de los síntomas relevantes y

La re evaluación documenta el uso del equipo por parte del beneficiario hasta ese momento

El expediente del proveedor incluye una declaración del profesional tratante firmada y fechada, realizada no antes del día 61 después de haber iniciado el uso del equipo

La declaración establece que el beneficiario cumple con el uso recomendado del equipo (un promedio de 4 horas por cada periodo de 24 horas) y

La declaración confirma que el beneficiario está recibiendo beneficio con su uso

Reemplazo del E0471 Durante el Tiempo de Vida Útil (RUL) debido a pérdida, robo o daño irreparable:

Documentación que verifique la razón del reemplazo (reporte de policía, reporte de la aseguradora, reporte de los bomberos, etc.)

Reemplazo del E0471 Despues del Tiempo Razonable de Vida Útil (RUL) de 5 años:

Evaluación en persona realizada por el profesional tratante que documente que el beneficiario continua utilizando y se beneficia con el uso del equipo

Una orden escrita orden escrita estándar o SWO por el E0471

Beneficiario entrando a Medicare (Continuación con el uso del equipo existente o reemplazo del equipo):

Una orden escrita SWO por el E0471

Los estudios de calificación muestran que el beneficiario cumple con los criterios de cobertura vigentes para uno de los 4 grupos de desórdenes clínicos cubiertos bajo la política de RAD. (El estudio debe haberse realizado antes de la elegibilidad para Medicare o después de la inscripción al FFS de Medicare)

El profesional tratante realizó una evaluación clínica después de la inscripción del beneficiario al FFS de Medicare que documenta lo siguiente:

El beneficiario tiene la condición médica que califica para el escenario que aplique y

El estudio realizado, fecha del estudio utilizado para la calificación y sus resultados y

El beneficiario continua usando el equipo y

El beneficiario se está beneficiando con su uso



Equipos de Asistencia Respiratoria—EO471

(Desórdenes Torácicos Restrictivos, Apnea Central del Sueño,
Apnea Compleja del Sueño y Síndrome de Hipoventilación)

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 con el detalle de los artículos entregados</p> <p>El documento de entrega o la factura debe mencionar que los artículos se recogieron en el local del proveedor</p>	<p>Nombre del beneficiario 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 calendario anteriores a la fecha esperada de finalización del producto actual</p> <p>El envío o la entrega se hizo no antes de los 10 días anteriores a la fecha de finalización esperada del producto actual</p>

Reemplazo de accesorios durante los 13 meses del periodo de renta para el equipo de RAD:

La documentación del expediente médico respalda los requisitos de cobertura inicial para el equipo de RAD (revise los grupos de desórdenes clínicos con los criterios asociados localizados en la sección DOCUMENTACION DEL EXPEDIENTE MEDICO)

El siguiente criterio adicional debe cumplirse cuando se remplacen accesorios durante los meses 4-13 del periodo de renta del equipo de RAD:

Documentación que respalde los requisitos de la continuación de la cobertura para el equipo de RAD (Revise la sección PARA TODAS LAS RECLAMACIONES POR EO471-CONTINUACION DE LA COBERTURA MAS ALLA DE LOS TRES MESES DE TERAPIA)

Reemplazo de accesorios para un equipo RAD de propiedad del beneficiario pagado por Medicare

Para reclamaciones por reemplazos de accesorios (Ej. interfases, tubería, filtros, cámaras de los humidificadores), si Medicare pagó inicialmente por el equipo RAD de base, (P. Ej por 13 meses de uso continuo), la necesidad médica del equipo de base RAD del beneficiario se asume que ha sido establecida

Documentación de que el equipo DME de base continúa cumpliendo con la necesidad médica

El reemplazo de los accesorios específicos o la entrega de nuevos accesorios permanece siendo medicamente necesaria y estos son esenciales para el uso efectivo del equipo DME de base

La continuidad en la necesidad médica del equipos, accesorios y suministros, se ha verificado a través de uno de los siguientes documentos:

Una orden reciente del profesional tratante por resurtidos o de suministros

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

Equipos de Asistencia Respiratoria—EO471

(Desórdenes Torácicos Restrictivos, Apnea Central del Sueño,
Apnea Compleja del Sueño y Síndrome de Hipoventilación)

DOCUMENTACION DE ENTREGA		
Entrega Directa	Servicio de Envío o Correo con Número de Rastreo	Servicio de Envío o Correo con Firma de Recibido
<p>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</p>	<p>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 Número 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)</p>	<p>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</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:

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.

PARA TENER EN CUENTA

- Artículos sin orden del médico o de otro profesional licenciado, deben ser enviados con el modificador "EY" agregado a cada código HCPCS afectado.
- Para falla respiratoria crónica como consecuencia de COPD (revise el Manual de Determinaciones de Cobertura Nacional o NCD (CMS Pub. 100-03) capítulo 1, parte 4, sección 240.9 para Ventilación no Invasiva con Presión Positiva o NIPPV para el tratamiento de la falla respiratoria crónica o CRF como consecuencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o COPD).
- Los proveedores deben agregar el modificador KX al E0470 y a los accesorios y suministros relacionados, solamente cuando todos los criterios de cobertura de la sección "Coverage Indications, Limitations and/or Medical Necessity" de la LCD relacionada se hayan cumplido y la evidencia de esto se mantiene en los expedientes del proveedor y estos están disponibles cuando el DME MAC los solicite.
- Si todos los criterios de cobertura no se cumplen, el modificador GA o GZ, debe ser añadido al código. Cuando se espera una denegación por no necesidad médica, los proveedores deben ingresar el modificador GA en la línea de la reclamación si ha obtenido un ABN adecuadamente ejecutado (Notificación Anticipada para el Beneficiario) o GZ si no se ha obtenido un ABN válido.
- Las líneas de las reclamaciones facturadas sin modificadores KX, GA o GZ serán rechazadas por falta de información.



Equipos de Asistencia Respiratoria—EO471

(Desórdenes Torácicos Restrictivos, Apnea Central del Sueño,
Apnea Compleja del Sueño y Síndrome de Hipoventilación)

RECURSOS EN LÍNEA

- Manual del Proveedor de la JC <https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/supman/index.html>
- LCDs y Artículos de la Política: <https://www.cgsmedicare.com/jc/coverage/LCDinfo.html>

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 médicos apropiados 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 de la Jurisdicción C* y la Determinación de Cobertura Local (LCD)/Artículo de la Política, para obtener información detallada de las políticas y regulaciones.