



## LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

JURISDICCIÓN C

### Nebulizadores & Medicamentos Inhalados

Iloprost (Q0474) y Treprostinil (J7686), Sistema de Administración de Medicamentos Inhalados de Dosis Controlada (K0730) y Nebulizador Ultrasónico de Pequeño Volumen (E0574)

#### DOCUMENTACION REQUERIDA

Orden Escrita Estándar (SWO) que contenga:

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)

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

Nombre del profesional tratante o el NPI

Firma del profesional tratante

Para medicamentos usados como artículo de DME, la orden escrita puede incluir la siguiente información adicional:

El nombre del medicamento y la concentración del medicamento en la solución despachada (Ejemplo: Iloprost 10 mcg/1ml).

Instrucciones de administración especificando la cantidad de la solución y la frecuencia de uso (Ejemplo: 0.5 ml cada 2 horas mientras esté despierto – no exceder 9 veces al día)

Firma del profesional que cumpla con los **requisitos de firma de CMS**

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



## LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

Nebulizadores & Medicamentos Inhalados

### Solicitud de Resurtido

\*Para Fechas de Servicio Anteriores a Enero 1, 2024\*

Artículos Obtenidos Personalmente en el Local del Proveedor	Solicitud de Resurtido Escrita Recibida del Beneficiario	Conversación Telefónica entre el Proveedor y el Beneficiario
<p>Documento de Entrega Firmado</p> <p>Nombre del beneficiario</p> <p>Fecha</p> <p>Lista de los artículos comprados</p> <p>Cantidad recibida</p> <p>Firma de la persona que recibe los artículos</p> <p>O Recibo de Venta con el Detalle de los Artículos</p> <p>Nombre del beneficiario</p> <p>Fecha</p> <p>Lista de los artículos comprados</p> <p>Cantidad recibida</p>	<p>Nombre del beneficiario o de su representante autorizado (indique la relación)</p> <p>Descripción de cada artículo solicitado</p> <p>Fecha de solicitud</p> <p>Cantidad de cada artículo que el beneficiario aún tiene en existencia</p> <p>La solicitud no se recibió antes de los 14 días calendario previos a la entrega</p> <p>El despacho no se hizo antes de los 10 días anteriores a la finalización del uso del producto actual</p>	<p>Nombre del beneficiario</p> <p>Nombre de la persona contactada (si es diferente al beneficiario, incluya la relación con el beneficiario)</p> <p>Descripción de cada artículo solicitado</p> <p>Fecha de contacto</p> <p>Cantidad de cada artículo que el beneficiario aún tiene en existencia</p> <p>La solicitud no se recibió antes de los 14 días calendario previos a la entrega</p> <p>El despacho no se hizo antes de los 10 días anteriores a la finalización del uso del producto actual</p>

\*Para Fechas de Servicio de Enero 1, 2024 y Posteriore\*

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>



## LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

Nebulizadores & Medicamentos Inhalados

### Documentación de Entrega

DOCUMENTACION DE ENTREGA		
Entrega Directa	Servicio de Envío o Correo Número de Rastreo	Servicio de Envío o Correo Con firma de recibido
<p>Nombre del beneficiario Dirección de entrega Cantidad entregada Descripción de todos los artículos, opciones accesorios o características adicionales que van a facturarse por separado. 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>Documento de Envío Nombre del beneficiario Dirección de entrega Descripción de todos los artículos, opciones accesorios o características adicionales que van a facturarse por separado. 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 Número de Rastreo Referencia para cada paquete individual Dirección de entrega Número de Identificación del Paquete (I.D #) Fecha de envío Fecha de entrega Un número de referencia común (# de identificación de la caja, # de PO, etc.) que establezca un vínculo entre el documento de envío y el comprobante de rastreo (puede ser manuscrito por el proveedor en uno o ambos formatos)</p>	<p>Documento de Envío Nombre del beneficiario Dirección de entrega Descripción de todos los artículos, opciones accesorios o características adicionales que van a facturarse por separado. 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 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:

- 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.

#### Reclamaciones por el Sistema de Administración de Medicamentos de Dosis Controlada (K0730)

Los expedientes médicos documentan que el beneficiario ha sido evaluado y/o tratado por hipertensión pulmonar y necesita un K0730 para poder administrarse el Iloprost (Q4074)

#### Reclamaciones por Nebulizadores Ultrasónicos de Pequeño Volumen (E0574)

El equipo está siendo usado para administrar solución inhalada de Treprostinil (J7686) solamente a los beneficiarios con hipertensión pulmonar.

#### Reclamaciones por Solución Inhalada de Treprostinil (J7686)

La solución inhalada de treprostinil (J7686) se considera para cobertura cuando cualquiera de los criterios 1-3 o el criterio 4 se cumplen:

- El beneficiario tiene diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar y
- La hipertensión pulmonar no es secundaria a hipertensión venosa pulmonar ni a trastornos del sistema respiratorio distintos de la enfermedad pulmonar intersticial y
- El beneficiario tiene hipertensión pulmonar primaria o hipertensión pulmonar secundaria a una de las siguientes condiciones: Enfermedad del tejido conectivo, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), cirrosis, anorexígenos o cortocircuitos congénitos de izquierda a derecha. Si estas condiciones están presentes, se deben cumplir los siguientes criterios (a-d):
  - La hipertensión pulmonar ha progresado a pesar del tratamiento máximo médico y/o quirúrgico de la condición identificada y
  - La presión media de la arteria pulmonar es > 25 mm Hg en reposo o > 30 mm Hg con ejercicio y



- c. El beneficiario tiene síntomas importantes de hipertensión pulmonar (Ej. disnea de esfuerzo grave y fatiga, angina o síncope) y
- d. El tratamiento con agentes bloqueadores de los canales de calcio vía oral se ha probado y ha fracasado o se ha considerado y descartado
4. El beneficiario tiene un diagnóstico de hipertensión pulmonar asociada a enfermedad pulmonar intersticial y se cumplen los siguientes criterios (a-e):
  - a. La presencia de enfermedad pulmonar intersticial ha sido confirmada mediante una tomografía computarizada de alta resolución del tórax (CT Scan) y
  - b. La presión media de la arteria pulmonar es  $\geq 25$  mm Hg y
  - c. La presión capilar pulmonar en cuña o la presión de fin de diastole del ventrículo izquierdo es  $\leq 15$  mm Hg y
  - d. La resistencia vascular pulmonar es mayor o igual a 3 "Unidades Wood" en reposo y
  - e. El beneficiario presenta síntomas importantes de hipertensión pulmonar (Ej., disnea de esfuerzo, fatigabilidad)

**Reclamaciones por Solución de Iloprost (Q4074)**

Se considera la cobertura del iloprost (Q4074) cuando se cumplen todos los siguientes criterios 1-3:

1. El beneficiario tiene diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar y
2. La hipertensión pulmonar no es secundaria a hipertensión venosa pulmonar ni a trastornos del sistema respiratorio. y
3. El beneficiario tiene hipertensión pulmonar primaria o hipertensión pulmonar secundaria a una de las siguientes condiciones: Enfermedad del tejido conectivo, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), cirrosis, anorexígenos o cortocircuitos congénitos de izquierda a derecha. Si estas condiciones están presentes, se deben cumplir los siguientes criterios (a-d):
  - a. La hipertensión pulmonar ha progresado a pesar del tratamiento máximo médico y/o quirúrgico de la condición identificada y
  - b. La presión media de la arteria pulmonar es  $> 25$  mm Hg en reposo o  $> 30$  mm Hg con ejercicio y
  - c. El beneficiario tiene síntomas importantes de hipertensión pulmonar (Ej. disnea de esfuerzo grave y fatiga, angina o síncope) y
  - d. El tratamiento con agentes bloqueadores de los canales de calcio vía oral se ha probado y ha fracasado o se ha considerado y descartado

**La Continuidad de la Necesidad Médica del equipo/accesorio/suministro dentro de los 12 meses previos a la fecha de servicio se ha verificado a través de:**

- Una orden reciente del profesional tratante por el resultado de suministros o
- Una orden reciente del profesional tratante por reparaciones o
- Un cambio reciente en la orden o
- Documentación oportuna en el expediente médico del beneficiario que demuestre el uso del artículo. La documentación oportuna se define como una nota realizada dentro de los 12 meses anteriores, a menos que se especifique lo contrario en otra parte de la política

**Para tener en cuenta**

- Si todos los criterios de cobertura se han cumplido para el K0730, Q4074, E0574 o J7686, debe agregarse el modificador KX a el (los) código (s)
- Si todos los criterios de cobertura no se cumplen, debe agregarse el modificador GA o GZ al código. Cuando se espera una denegación porque no hay necesidad médica, los proveedores deben agregar el modificador GA en la línea de la reclamación si han obtenido un ABN (Notificación Anticipada para el beneficiario) adecuadamente diligenciada o GZ si no tienen un ABN válido.
- Las líneas de la reclamación para K0730, Q4074, E0574 o J7686 facturadas sin el modificador KX, GA o GZ serán rechazadas por falta de información.
- Si el sistema de administración de medicamentos inhalados de dosis controlada (K0730) es usado para administrar cualquier solución inhalada diferente a iloprost (Q4074), la reclamación será denegada como no razonable ni necesaria
- Artículos sin una orden médica o de otro profesional de la salud con licencia, deben transmitirse con el modificador "EY" agregado a cada código HCPCS afectado.



## LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

### Nebulizadores & Medicamentos Inhalados

- Si un nebulizador de pequeño volumen (E0574) es usado para administrar cualquier solución inhalada diferente a Treprostinal (J7686), la reclamación será denegada como no razonable ni necesaria.

#### Recursos en Línea

- Manual del Proveedor del DME MAC Jurisdicción C:  
<https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/supman/index.html>
- LCD y Artículo de la Política de Nebulizadores: <http://www.cgsmedicare.com/jc/coverage/LCDinfo.html>
- Recursos para Nebulizadores: [https://www.cgsmedicare.com/jc/mr/nebulizer\\_resources.html](https://www.cgsmedicare.com/jc/mr/nebulizer_resources.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 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.

Adicionalmente; Aunque la LCD de nebulizadores no requiere que los proveedores que solamente proveen el Nebulizador, guarden en su archivo una copia de la orden médica escrita de los medicamentos, **se recomienda de manera muy enfática** que le proveedor lo haga. En caso de que haya una auditoría por parte del Contratista de DME MAC, CERT, RAC o UPIC, se le pedirá al proveedor que envíe la documentación con el fin de verificar la necesidad médica del nebulizador; esta documentación incluirá la copia de la orden médica escrita estándar del (los) medicamento (s). El no proveer la orden escrita a tiempo podría causar la denegación de la reclamación.

#### 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.