



LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

JURISDICCIÓN C

Accesorios y Suministros para los Equipos de Presión Positiva Para la vía aérea (PAP)

DOCUMENTACION REQUERIDA

Esta lista de chequeo solamente hace referencia a los accesorios y suministros usados con un equipo de PAP (E0601 o E0470) – si se entrega también un equipo de PAP, revise la lista de chequeo apropiada para PAP.

Orden Escrita Estándar “SWO” para cualquier accesorio/suministro:

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)

Cantidad por despachar, si aplica

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.



LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

Accesorios y Suministros para los Equipos de Presión Positiva Para la vía Aérea (PAP)

Solicitud de Resurtido

Para Fechas de Servicio Anteriores a Enero 1, 2024

| Artículos Obtenidos en Persona en el Local del Proveedor | Solicitud de Resurtido Escrita Recibida por Parte del Beneficiario | Conversación Telefónica entre el Proveedor y el Beneficiario |
|---|---|---|
| Documento de Entrega Firmado O Factura de Venta con la Lista de los Artículos | Nombre del beneficiario o del representante autorizado (indique la relación) Descripción de cada artículo solicitado Fecha de la solicitud Cantidad de cada artículo que el beneficiario aun tiene en existencia La solicitud no se recibió antes de los 14 días calendario previos a la fecha en la que le corresponde la entrega/despacho El envío/despacho ocurre no antes de los 10 días calendario antes de que se termine el ciclo de uso de los productos que actualmente tiene | Nombre del beneficiario Nombre de la persona contactada (si es alguien diferente al beneficiario incluya la relación con el beneficiario) Descripción de cada artículo solicitado Fecha de contacto Cantidad de cada artículo que el beneficiario aun tiene en existencia La solicitud no se recibió antes de los 14 días calendario previos a la fecha en la que le corresponde la entrega/despacho El envío/despacho ocurre no antes de los 10 días calendario antes de que se termine el ciclo de uso de los productos que actualmente tiene |

Para Fechas de Servicio de Enero 1, 2024 y Posteriores

| Artículos Obtenidos Personalmente en el Local del Proveedor | Comunicación del Resurtido Entregada |
|---|--|
| Documento de entrega firmado o copia del recibo de venta El documento de entrega/recibo debe mencionar que los artículos se recogieron en el local del proveedor | 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) Fecha de solicitud Descripción de cada artículo solicitado Documentación de la respuesta afirmativa indicando la necesidad del resurtido El contacto no debe haber ocurrido antes de los 30 días anteriores a la fecha esperada de finalización del producto actual El despacho/envío se hizo no antes de los 10 días anteriores a la fecha de finalización esperada del producto actual |

Documentación en el Expediente Médico:

Beneficiario que ingresa a Medicare

Estudio de Sueño – Debe haber documentación de que el beneficiario ha tenido un estudio de sueño antes de la inscripción a Medicare FFS, que cumpla con los criterios de cobertura de Medicare para AHÍ/RDI efectivos 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 de la inscripción a Medicare FFS, el beneficiario debe tener una evaluación en persona realizada por el profesional tratante que documente en el expediente médico que

El beneficiario tiene diagnóstico de apnea obstructiva del sueño y

El beneficiario continua usando el equipo de PAP

Remplazo de Accesorios para Beneficiarios dentro de un periodo de renta del equipo de PAP de 13 meses

Evaluación clínica en persona que ocurrió antes del estudio de sueño de diagnóstico y evaluó al beneficiario para apnea obstructiva del sueño (OSA)



LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

Accesorios y Suministros para los Equipos de Presión Positiva Para la vía Aérea (PAP)

Información del estudio de sueño que verifique que se cumplen los criterios para el AHI/RDI que se encuentran en la LCD para Equipos de Presión Positiva para la Vía Aérea (PPAP) para el Tratamiento de la OSA

Documentación que respalde que el estudio de sueño de diagnóstico cumple con los requisitos de cobertura y reembolso que se encuentran en la NCD (Determinación Nacional de Cobertura) 240.4.1 y en las LCD y en los artículos de facturación y codificación del A/B MAC

Documentación del diagnóstico de la OSA

El beneficiario o quien lo cuida ha recibido instrucciones de parte del proveedor del equipo de PAP y sus accesorios, acerca del uso y el cuidado apropiado del equipo

Criterios Adicionales - E0470 (BIPAP sin frecuencia de respaldo)

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

El E0601 se probó y demostró ser inefectivo basándose en la prueba terapéutica conducida en una institución o en la casa

Se tuvo en cuenta el ajuste y la comodidad de la interfase y la interfase apropiada fue apropiadamente ajustada y el beneficiario la está usando sin dificultad. Esta interfase será usada con el equipo E0470 y

Se manejaron los ajustes a los parámetros de la presión del E0601. Los parámetros actuales de presión del E0601 evitan que el beneficiario tolere la terapia y se aprobaron ajustes de presión mas bajos pero no pudieron:

Controlar adecuadamente los síntomas de la OSA o

Mejorar la calidad del sueño o

Reducir la AHI/RDI a niveles aceptables

Los siguientes criterios adicionales deben cumplirse cuando se remplacen accesorios durante los meses 4-13 del periodo de renta del equipo de PAP:

Reevaluación clínica en persona hecha entre el día 31 y el día 91 después de iniciada la terapia con el PAP y que documente que el beneficiario se beneficia con la terapia del PAP como se demuestra a través de:

Mejoría en los síntomas de la apnea obstructiva del sueño

Hay evidencia objetiva del cumplimiento de la terapia con el equipo de PAP

Se han descargado o se ha hecho inspección visual de los datos del uso, que verifique que el beneficiario ha usado el equipo de PAP 4 horas o mas por noche durante el 70% de las noches en un periodo de 30 días consecutivos, en cualquier momento durante los primeros tres meses de uso inicial Y

El profesional tratante ha revisado el reporte escrito de los datos del cumplimiento

La reevaluación clínica se ha documentado en detalle a través de una nota en el expediente del beneficiario, en el formato que el profesional tratante usa para otras notas

Reemplazo de Accesorios para Equipo de Propiedad del Beneficiario, Pagado por Medicare:

Para las reclamaciones de reemplazo de accesorios (Ej. interfaces, tubería, filtros, cámaras del humidificador) si Medicare pagó por el equipo de PAP de base inicialmente (Ej. por 13 meses de uso continuo) la necesidad médica del equipo de PAP de propiedad del beneficiario, se asume que ha sido establecida.

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

El reemplazo de los accesorios específicos o la entrega de nuevos accesorios aun es medicamente necesario y es esencial para el uso efectivo del DME de base.

**La verificación de la Continuación de la Necesidad Médica para equipo/accesorios/ suministros, puede hacerse por medio de:

Una orden reciente del profesional tratante por reparaciones



LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

Accesorios y Suministros para los Equipos de Presión Positiva Para la vía Aérea (PAP)

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

Documentación 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 Documento de Rastreo Referencia para cada paquete individual Dirección de entrega Número de identificación del paquete Fecha de envío Fecha de entrega Un número de referencia que vincule la factura de envío con el documento de rastreo – Puede ser escrito por el proveedor en uno o en ambos formularios | 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 |

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.

Recursos en Línea:

- Manual del Proveedor de la JC
<https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/supman/index.html>
- Recursos para los Equipos de Presión Positiva de la Vía Aérea
<https://www.cgsmedicare.com/jc/mr/pap.html>
- MLN Matters® MM9741
<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM9741.pdf>
- Determinación de la Cobertura Local (LCD) y Artículos de la Política
<https://www.cgsmedicare.com/jc/coverage/lcdinfo.html>
- Herramienta para Presión Positiva para la Vía Aérea
https://www.cgsmedicare.com/medicare_dynamic/dme/jc_pap/pap.aspx



LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

Accesorios y Suministros para los Equipos de Presión Positiva Para la vía Aérea (PAP)

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.

EXCENCION 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, para obtener los detalles completos y exactos de las políticas y las regulaciones.