



Equipos Motorizados para Movilidad

Grupo 3 sin "Power Option" (K0848-K0855),
 Grupo 3 con "Single Power Option" (K0856-K0860),
 y Grupo 3 con "Multiple Power Option" (K0861-K0864)

DOCUMENTACION REQUERIDA

Orden Escrita Estándar (SWO)

NOTA: Los Vehículos Motorizados de Movilidad (PMD) requieren una orden escrita estándar antes de la entrega (WOPD) para el artículo de base. La WOPD para el artículo de base puede solamente ser emitida después de que se han completado los requisitos del examen cara a cara. El profesional tratante que complete los requisitos de examen cara a cara debe ser el mismo profesional que emita la orden/prescripción para el PMD (artículo de base).

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)

Cantidad por despachar, si aplica

Nombre del profesional tratante o el NPI

Firma del profesional tratante

La firma del profesional tratante cumple con los Requisitos de Firma de CMS de un identificador legible

La SWO para el equipo motorizado de movilidad fue emitida por el profesional tratante que condujo el examen cara a cara

La SWO para el equipo motorizado de movilidad fue emitida después de completar los requisitos del examen cara a cara

La SWO para el equipo motorizado de movilidad se recibió antes de la entrega

La SWO para todas las opciones, accesorios y/o suministros que se van a facturar por separado junto con la base, fue recibida antes del envío de la facturación

El profesional tratante que revisa y firma la SWO para las opciones, accesorios y/o suministros que se van a facturar por separado no necesita ser el mismo profesional tratante que completó la WOPD para la PMD de base y condujo el examen cara a cara. En esta situación, el profesional tratante que ordena las opciones, accesorios y/o suministros debe:

Verificar que el examen cara a cara calificado haya ocurrido dentro del plazo de los seis meses anteriores a la WOPD del artículo de base y

Haya documentación del examen cara a cara calificado que se condujo para el artículo de base

Revisa y firma su orden

Documentación de entrega

Nombre del beneficiario

Dirección de entrega



Cantidad entregada

Descripción de todos los artículos que están siendo entregados. La descripción puede ser una descripción en narrativa (Ej. base para silla de ruedas liviana), 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

Evaluación de la Casa

Incluye información acerca de la planta física de la casa, ancho de las puertas, umbral de las puertas y superficies del piso

Confirma que el beneficiario tiene accesos adecuados entre las habitaciones, espacio para maniobrar y superficies para operar el equipo

Verifica que el beneficiario es capaz de usar la silla de ruedas ordenada para realizar las MRADLs en la casa

Si en el reporte aparecen áreas de la casa a las cuales el beneficiario no puede tener acceso para realizar las MRADLs con la silla de ruedas, hay una explicación acerca de la manera en la que el beneficiario va a mitigar esta situación para poder realizar las MRADLs

La fecha verifica que la valoración de la casa ocurrió el día de la entrega de la silla de ruedas o antes

Firma o iniciales de la persona que completa la evaluación

Evaluación Cara a Cara (Face-to-Face)

La evaluación ocurrió **ANTES** de que el profesional tratante completara la SWO

Los hallazgos están documentados en una nota con la descripción detallada en el formato usado para otras notas

El examen cara a cara fue conducido dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de la SWO para la PMD (artículo de base)

El Examen Cara a Cara se completó antes de la entrega de la silla de ruedas

NOTA: Para acomodarse a los requisitos de la 42 CFR 410.38, cuando el profesional tratante ve al beneficiario, sin importar si se ha hecho un referido al LCPM, la fecha de esa visita es el comienzo del plazo de seis (6) meses para completar la SWO para la silla de ruedas de base. Si el profesional tratante elige referir al beneficiario al LCPM para una evaluación de movilidad, el profesional tratante debe co-firmar y escribir la fecha de la co-firma e indicar que está de acuerdo o en desacuerdo con la evaluación del LCPM dentro del plazo de los seis (6) meses. En los casos en los que la evaluación del LCPM haya sido adoptada dentro de la documentación del profesional para respaldar la necesidad del artículo de base, la SWO puede no haber sido emitida hasta que el reporte del LCPM no haya sido firmado, tenga la fecha de firma y la indicación de estar de acuerdo o en desacuerdo.

La nota claramente indica que la razón principal de la visita era el examen de la movilidad

La firma del autor cumple con los requisitos de CMS (<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM6698.pdf>) para un identificador legible

La valoración incluye información acerca de lo siguiente (no está todo incluido, el examen debe ser adaptado a cada paciente individualmente):

Historia de las condiciones presentes y la historia medica anterior relevante relacionada con las necesidades de movilidad

Síntomas que limitan la deambulaci3n

Diagn3sticos responsables por estos sntomas

Medicamentos u otro tratamiento para esos sntomas

Progreso de la dificultad para deambular a lo largo del tiempo

Otros diagn3sticos relacionados con los problemas de deambulaci3n

Que tan lejos puede el beneficiario caminar sin detenerse



Ritmo de la deambulaci3n

Que tipo de asistencia ambulatoria esta actualmente usando (bast3n, caminador, silla de ruedas, lo ayuda la persona que lo cuida)

Que ha cambiado para que ahora necesite el uso de un equipo motorizado para la movilidad

Capacidad de ponerse de pie estando sentado sin ayuda

Descripci3n del entorno del hogar y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria en la casa

Examen f3sico relevante a las necesidades de movilidad

Peso y altura

Examen cardiopulmonar

Examen m3sculo esquel3tico que incluya fuerza y rango de movimiento de brazos y piernas

Examen neurol3gico que incluya marcha, balance y coordinaci3n

El examen cara a cara evidencia que la condici3n del beneficiario cumple con todos los criterios de la LCD

El beneficiario tiene una limitaci3n de la movilidad que significativamente limita su capacidad de participar en una o mas actividades de la vida diaria relacionadas con la movilidad en la casa (MRADLs)

El uso de una silla motorizada significativamente mejorar3 la capacidad del beneficiario de participar en las actividades de la vida diaria en casa (MRADLs)

No puede solucionarse el d3ficit de movilidad de manera suficiente y segura con el uso de un bast3n o un caminador ajustado adecuadamente

El beneficiario no tiene la funcionalidad suficiente en las extremidades superiores como para impulsarse por s3 mismo en una silla de ruedas manual en su casa y as3 realizar las actividades de la vida diaria durante un d3a t3pico, as3 esta silla haya sido adecuadamente configurada

El beneficiario tiene una limitaci3n f3sica y/o mental que le impide usar de manera segura un POV en la casa y/o la casa del beneficiario no tiene los accesos para operar un POV

El beneficiario tiene la capacidad mental y f3sica suficiente como para operar de forma segura la silla de ruedas motorizada entregada o la persona que lo cuida aunque no es capaz de impulsar adecuadamente una silla de ruedas manual 3ptimamente configurada, es capaz y est3 en disposici3n de operar de manera segura la silla de ruedas motorizada que se entregue

El peso del beneficiario es menor o igual que la capacidad del peso de la silla de ruedas motorizada que se est3 entregando

El profesional ha co-firmado y fechado cualquier parte del examen que haya sido completado por el LCPM y ha escrito si est3 de acuerdo o en desacuerdo con el examen

Grupo 3 Silla de Ruedas Motorizada (PWC) sin "Power Option" (K0848-K0855) -

Requisitos adicionales de informaci3n m3dica:

La limitaci3n de movilidad del beneficiario es debido a una condici3n neurol3gica, a una miopat3a o a una deformidad esquel3tica cong3nita

Grupo 3 Silla de Ruedas Motorizada (PWC) con "Single Power Option" (K0856-K0860) -

Requisitos adicionales de informaci3n m3dica:

La limitaci3n de la movilidad del beneficiario se debe a una condici3n neurol3gica, miopat3a, o deformidad esquel3tica cong3nita **Y**

El beneficiario requiere una interface de control de la direcci3n diferente a la palanca de mando est3ndar proporcional operada con la mano o la barbilla **O**

El beneficiario cumple con los criterios de cobertura del sistema para reclinar o inclinar la silla con un sistema de motor **Y** una de estas opciones aparece en la SWO:



El beneficiario está en alto riesgo de desarrollar una úlcera por presión y no está en capacidad de realizar un cambio funcional en el peso **O**

El beneficiario utiliza cateterización intermitente para el manejo de la vejiga y no está en la capacidad de transferirse de manera independiente de la silla de ruedas a la cama **O**

El sistema motorizado de la silla es necesario para el manejo del tono aumentado o la espasticidad.

Grupo 3 Silla de Ruedas Motorizada (PWC) con “Multiple Power Option” (K0861-K0864) - Requisitos adicionales de información médica:

La limitación de la movilidad del beneficiario se debe a una condición neurológica, una miopatía o una deformidad esquelética congénita **Y**

El beneficiario usa un ventilador montado en la silla de ruedas **O**

El beneficiario cumple con los criterios de cobertura del sistema para reclinar y para inclinar la silla con un sistema de motor **Y** una de estas opciones aparece en la SWO:

El beneficiario está en alto riesgo de desarrollar una úlcera por presión y no está en capacidad de realizar un cambio funcional en el peso **O**

El beneficiario utiliza cateterización intermitente para el manejo de la vejiga y no está en la capacidad de transferirse de manera independiente de la silla de ruedas a la cama **O**

El sistema motorizado de la silla es necesario para el manejo del tono aumentado o la espasticidad.

Declaración del Proveedor

El archivo incluye una declaración firmada por el proveedor (o el LCPM) en donde se certifica que no hay relación financiera entre el LCPM que completó algunas partes del examen cara a cara y el proveedor.

ATENCION! Muchos proveedores han creado formatos los cuales no han sido aprobados por CMS y se los envían a los profesionales para que ellos los completen. Aun si el profesional completa este tipo de formato y lo pone en su expediente, este formato generado por el proveedor **no** es un sustituto para el expediente médico integral. Se anima a los proveedores a ayudar a educar a los profesionales acerca del tipo de información que es necesario que documenten respecto a las necesidades de movilidad del beneficiario.

La información que el proveedor debe obtener antes de enviar una reclamación al contratista de DME está descrita en detalle en la LCD y en el Artículo de la Política de “Power Mobility”. Sin embargo, si el DME MAC u otro contratista de Medicare pide documentación de una reclamación individual, documentación adicional (ej. notas de visitas anteriores, reportes de estudios, etc.), esta debe ser obtenida también del profesional tratante, con el fin de brindar una perspectiva histórica que refleje la condición del beneficiario durante el cuidado continuo, corroborar la información en el examen cara a cara, dar un panorama de la condición del beneficiario y del progreso de la enfermedad a lo largo del tiempo.

Evaluación del Especialista

Realizada por un profesional licenciado y certificado como un PT o un OT o un médico que tiene entrenamiento específico y experiencia en la evaluación de sillas para rehabilitación

Documenta la necesidad médica de la silla de ruedas y de sus características especiales

Documenta las necesidades que tienen el beneficiario al sentarse y de posición

Provee información detallada que explica porque es necesaria cada una de las opciones y accesorios, para manejar las limitaciones de movilidad del beneficiario

La persona que realiza la evaluación no tiene relación financiera con el proveedor

La firma del autor cumple con los requisitos de firma de CMS (<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/>)



[downloads/MM6698.pdf](#))

Evaluación del ATP del proveedor

Copia del Certificado de RESNA o verificación impresa de las credenciales o impresión de la pantalla de computador de la página de Internet de RESNA; en donde se verifique que el proveedor tiene como empleado a un Profesional en Tecnología de Asistencia (ATP) que se ha especializado en Sillas de Ruedas (<http://www.resna.org>).

Evidencia de que el ATP del proveedor ha estado directamente y personalmente involucrado en la selección de la silla de ruedas y sus accesorios. (por ejemplo la evaluación conducida por el ATP del proveedor claramente documenta la inclusión del nombre del ATP del proveedor, como un participante activo en la evaluación especializada conducida por el médico o por otro LCPM)

Para tener en cuenta

- Todas las series de reclamaciones nuevas por los siguientes códigos de PMD con fecha de entrega de Julio 22 del 2019 o posterior, deben estar asociadas con una solicitud de preautorización como condición de pago: K0813-K0829, K0835-K0843, K0848-K0864.
- Si el requisito relacionado con el Examen Cara a Cara no se ha cumplido, el modificador GY debe ser agregado a los códigos de la silla de ruedas y sus accesorios
- Si la silla de ruedas entregada es necesario solamente para la movilidad fuera de la casa, el modificador GY debe ser agregado a la silla de ruedas y todos sus accesorios
- El modificador KX debe agregarse al código de la silla de ruedas y sus accesorios solamente si todos los criterios de cobertura se han cumplido para el producto que se está entregando
- Si no se cumple con los requisitos para el uso del modificador GY o KX el modificador GA o GZ debe ser agregado al código. Cuando se espera una denegación por necesidad medica, los proveedores deben ingresar el modificador GA en la línea de la reclamación, si han obtenido un ABN debidamente ejecutado (Notificación Anticipada para el Beneficiario) o GZ si no se ha obtenido un ABN válido
- La líneas de la reclamación facturadas sin el modificador KX, GA, GY o GZ serán rechazadas por falta de información
- Artículos sin orden del médico o de otro profesional de salud con licencia, deben ser enviados con el modificador EY agregado a cada código HCPCS afectado.

Recursos en Linea

- Recursos para Vehículos Motorizados
http://www.cgsmedicare.com/jc/mr/power_mobility_resources.html
- Programa de Preautorización Requerida como Condición de Pago
https://www.cgsmedicare.com/jc/mr/required_programs.html
- LCD y Artículo de la Política para movilidad motorizada
<https://www.cgsmedicare.com/jc/coverage/lcdinfo.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 detallada de las políticas y regulaciones.