



A CELERIAN GROUP COMPANY

**PRE-AUTORIZACIÓN COMO CONDICIÓN PARA PAGO DE MEDICARE PARA
SUPERFICIES DE APOYO PARA REDUCIR LA PRESIÓN GRUPO 2 (PRSS)**

Revisado Agosto 2024

We *IMPACT* lives.

Respetado Doctor,

Efectivo Octubre 2019, las reclamaciones enviadas a Medicare por las superficies de apoyo para reducir la presión Grupo 2 (PRSS), deben estar asociadas a una pre-autorización como condición para pago. La ausencia de una solicitud de pre-autorización afirmativa tendrá como resultado la denegación de la reclamación del proveedor por la superficie de apoyo. Este programa impacta los artículos dentro de la categoría del Grupo 2 de las superficies de apoyo para reducir la presión (E0193, E0277, E0371, E0372 y E0373). Puede encontrar la descripción completa de los artículos impactados en la Determinación de Cobertura Local (LCD) "Pressure Reducing Support Surfaces - Group 2" (L33642 <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/lcd-details.aspx?LCDId=33642>) y en el Artículo de la Política relacionado (A52490, <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/article-details.aspx?articleId=52490>) en la base de datos de la Cobertura de Medicare.

¿Qué significa esto para usted?

¡La planeación para el alta comienza en el momento de la admisión! La planeación para el alta será crítica para los pacientes que usted crea que pueden requerir una pre-autorización para PRSS. Cuando estos artículos son ordenados, el proveedor de DME debe enviar una solicitud de pre-autorización que incluya todos los documentos requeridos antes de entregar el artículo al beneficiario de Medicare. Los contratistas de Medicare tienen cinco (5) días laborables para responder a la solicitud de pre-autorización y dos (2) días laborables para cuando se hace una solicitud acelerada (por ejemplo, en algunos pocos casos después de un alta hospitalaria por un colgajo o un injerto miocutáneo). Con el fin de que Medicare afirme provisionalmente una solicitud de pre-autorización y rembolsé por la PRSS, debe haber una orden escrita firmada y fechada (la cual se requiere antes de que su paciente reciba el artículo que usted ha ordenado) y documentación demostrando que el beneficiario cumple por lo menos con uno de los siguientes criterios:

1. El beneficiario tiene múltiples úlceras por presión estado 2 localizadas en el tronco o la pelvis, las cuales no han mejorado durante el mes anterior mientras el beneficiario ha estado en un programa integral de tratamiento de úlceras, que incluye todos y cada uno de los siguientes puntos:
 - a. Uso de la superficie de apoyo grupo uno adecuada y
 - b. Evaluación regular por enfermería, por el médico o por otro profesional de la salud licenciado y
 - c. Cambios apropiados de posición y rotación y
 - d. Apropiado cuidado de la herida y
 - e. Manejo apropiado de la humedad/incontinencia y
 - f. Evaluación e intervención nutricional consistente con el plan general de cuidado
2. El beneficiario tiene úlceras grandes o múltiples úlceras por presión estado 3 o 4 en el tronco o la pelvis o
3. El beneficiario tuvo un colgajo miocutáneo o un injerto de piel para una úlcera por presión en el tronco o la pelvis dentro de los 60 días anteriores y ha estado en una superficie de apoyo grupo dos o tres inmediatamente antes del alta del hospital o de la institución de enfermería durante los 30 días anteriores

Tenga en cuenta que la superficie de apoyo para reducir la presión es solamente un componente que contribuye a la curación de la herida. La optimización de la nutrición, el control de la glucosa (si es diabético), la disminución en la

presión, el dejar de fumar, el desbridamiento de la herida (si está indicado) y los apósitos húmedos avanzados, son también críticos para el éxito del manejo de la herida.

Esta información no pretende sustituir a la LCD de “Pressure Reducing Support Surfaces - Group 2” del DME MAC ni los Artículos de la Política relacionados. Es solamente la sinopsis detallada de los puntos más importantes de la documentación. Por favor revise la LCD de PRSS Grupo 2 (L33642) y los Artículos de la Política relacionados (A52490 y A55426) en la Base de Datos de la Cobertura de Medicare <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database>. Para información adicional acerca de los requisitos de la pre-autorización, revise la página de internet del Contratista Administrativo de Medicare para Equipo Médico Duradero (DME MAC) dedicada a la pre-autorización <https://www.cgsmedicare.com/jc/pa/index.html>

Los proveedores le pueden pedir que les entregue documentación de su expediente médico para asegurarse de que Medicare pagará por estos artículos y que su paciente no será financieramente responsable. Entregar esta documentación está en cumplimiento con la “Health Insurance Portability and Accountability Act Privacy Rule”. No se requiere autorización específica de su paciente. También tenga en cuenta que no puede cobrarle al proveedor o al beneficiario por proveer esta información

Su participación en este proceso y su cooperación con el proveedor le permitirá a su paciente recibir el tipo de superficie de apoyo mas apropiado. Apreciamos todo su esfuerzo de proveer servicios de calidad a sus pacientes de Medicare.

Sinceramente,

Smitha M. Ballyamanda MD, CAQSM
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción A
Noridian Healthcare Solutions

Sunil V. Lalla, MD, FACS, CPC
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción B
CGS Administrators, LLC

Robert D. Hoover, Jr., MD, MPH, FACP
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción C
CGS Administrators, LLC

Angela S. Jenny, DO, DABFM
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción D
Noridian Healthcare Solutions