DME MAC Jurisdicción C

NOTICIAS DEL MES

— JULIO 2023 —

Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

1. **Revisión las Determinaciones Locales de Cobertura (LCD) y los Artículos de las Políticas**

- Bombas de Infusión Externa. Efectivo Abril 1, 2023
  - Revisión de la LCD:
    - Se agregaron:
      - Instrucciones en la sección de medicamento descartado para ver la sección de los modificadores del artículo de la política relacionado (efectivo Enero 1, 2023)
      - J1811 J1813 a los códigos del Grupo 4
    - Se removieron: Instrucciones acerca de los modificadores JW y JZ de la sección de medicamento descartado
  - Revisión del Artículo de la Política:
    - Se revisaron: Instrucciones de los modificadores JW y JZ para alinearse con la regla final de CMS “2023 Physician Fee Schedule” (efectivo Enero 1, 2023)
    - Se agregaron: Códigos J1811 y J1813 a las instrucciones de los modificadores JK y JL, a las instrucciones para facturar la administración de insulina administrada a través de una bomba de infusión E0784 y al Gupo 1
- Inmunoglobulina Intravenosa. Efectivo Enero 1, 2023
  - Revisión de la LCD:
    - Se agregaron:
      - Instrucciones en la sección de medicamento descartado para ver la sección de los modificadores del artículo de la política relacionado (efectivo Enero 1, 2023)
      - Código J1576
    - Se removieron: Instrucciones acerca de los modificadores JW y JZ de la sección de medicamento descartado
  - Revisión del Artículo de la Política:
    - Se revisaron: Instrucciones de los modificadores JW y JZ para alinearse con la regla final de CMS “2023 Physician Fee Schedule” (efectivo Enero 1, 2023)
    - Agregado: Instrucciones de facturación de Panzyga
- Nebulizadores. Efectivo Enero 1, 2023
  - Revisión de la LCD:
    - Se agregaron: Instrucciones en la sección de medicamento descartado para ver la sección de los modificadores del artículo de la política relacionado (efectivo Enero 1, 2023)
    - Se removieron: Instrucciones acerca de los modificadores JW y JZ de la sección de medicamento descartado
  - Revisión del Artículo de la Política:
    - Se revisaron: Instrucciones de los modificadores JW y JZ para alinearse con la regla final de CMS “2023 Physician Fee Schedule” (efectivo Enero 1, 2023)
- Artículo de los Requisitos Estándar de Documentación para Todas las Reclamaciones Enviadas al DME MAC. Efectivo Enero 1, 2023
  - Ordenes:

    - Se revisó: Referencia a la "1861(r)(1)" que se refiere a los médicos, mediante la eliminación de "(1)" para reflejar la definición legal completa de médico tratante
  - Orden Escrita Antes de la Entrega:
    - Se agregó: Definición legal de médico tratante para PMD
  - Encuentro Cara a Cara:
    - Se removió: “Por ejemplo, la Determinación de Cobertura Nacional § 240.2 “Uso de oxígeno en la casa” requiere un encuentro cara a cara dentro del periodo de un mes antes de comenzar la terapia de oxígeno en la casa”. (Efectivo 27 de Septiembre, 2021)

2. Cobertura de la elevación del asiento de las sillas de ruedas

- CMS ha emitido una decisión de cobertura nacional que establece la cobertura para la elevación eléctrica del asiento para las sillas de ruedas eléctricas, a partir de Mayo 16, 2023. La información sobre la cobertura de estos artículos se incluirá en futuras actualizaciones de las LCD de “Wheelchair Options/Accesories” y de “Power Mobility Devices”.

Tipo de Equipo de Base	Código HCPCS para el Equipo de Elevación	Modificadores
Sillas de ruedas motorizadas complejas de rehabilitación y del Grupo 5 para personas que cumplen los criterios de la NCD	E2300 (Accesorio para silla de ruedas, sistema de elevación del asiento eléctrico, cualquier tipo)	Renta RR Pago de Contado UN/UE KH, KI, KJ y/o BP, BR según aplique KX o GA, GY, GZ
Sillas de ruedas motorizadas del grupo 2 que no son sillas de ruedas motorizadas complejas de rehabilitación	K0830 (silla de ruedas motorizada, grupo 2 estándar, elevador de asiento, cabestrillo /asiento/respaldo sólido, capacidad de peso del paciente de hasta 300 libras inclusive) **O** K0831 (silla de ruedas motorizada, grupo 2 estándar, elevador de asiento, silla de capitán, capacidad de peso del paciente de hasta 300 libras inclusive)	Renta RR KH, KI, KJ según aplique KX o GA, GY, GZ

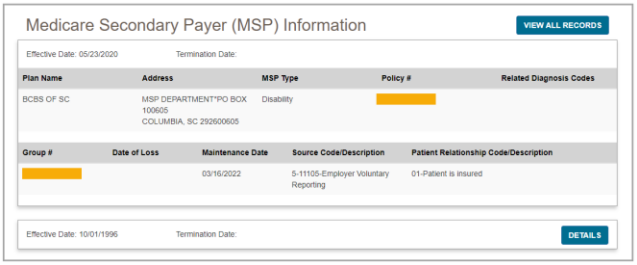
- Hasta que CMS establezca las tarifas para E2300, K0830 y K0831, los montos permitidos para estos HCPCS se calcularán según las reglamentaciones del “gap-filling”. Consulte el Manual del Proveedor de la JC, Capítulo 10 para más información.

3. Nuevas Herramientas

- La herramienta llamada “New Rental Period Decision Tree” le ayuda a saber cuándo comienza un nuevo periodo de renta. Incluye oxígeno, sillas de ruedas, nutrición enteral y parenteral y equipo. La herramienta se encuentra en https://www.cgsmedicare.com/jc/help/rental_decision_tree.html
- La herramienta “Specialty Evaluation for Wheelchairs Lookup” le ayuda a determinar cuando una silla de ruedas o una opción para la silla de ruedas, requiere de una evaluación de un profesional con licencia/certificación o LCPM. Encuentra la herramienta en https://www.cgsmedicare.com/medicare_dynamic/jc/wheelchair/wheelchairs.aspx

4. myCGS 7.3.13

- En esta nueva versión se ha agregado más información a la sección de “MSP” (Medicare como Pagador Secundario). Ahora encuentra el número de grupo, la fecha de la renuncia, la fecha de mantenimiento, la descripción del código/fuente y la descripción/código de la relación del paciente. myCGS le muestra información dentro de un periodo de 16 meses (un año antes y 4 meses después de la fecha de servicio ingresada)



Medicare Secondary Payer (MSP) Information

VIEW ALL RECORDS

Effective Date: 05/23/2020 Termination Date:

Plan Name	Address	MSP Type	Policy #	Related Diagnosis Codes
BCBS OF SC	MSP DEPARTMENT*PO BOX 100605 COLUMBIA, SC 292600605	Disability		

Group #	Date of Loss	Maintenance Date	Source Code/Description	Patient Relationship Code/Description
		03/16/2022	5-11105-Employer Voluntary Reporting	01-Patient is insured

Effective Date: 10/01/1996 Termination Date:

DETAILS

5. **Actualización de los Códigos HCPCS**

- Se agregaron los siguientes códigos HCPCS
  - J1576 Inyección, inmunoglobulina (panzyga), intravenosa, no liofilizada (p. ej., líquida), 500 mg
  - J1811 Insulina (fiasp) para administración a través de DME (bomba de insulina) por 50 unidades
  - J1813 Insulina (lyumjev) para administración a través de DME (bomba de insulina) por 50 unidades

Educación en Español Programada para este Mes

- **Julio 11: Sillas de Ruedas Motorizadas y POV**
- **Julio 13: Nutrición Enteral y Parenteral**
- **Julio 18: TENS**
- **Julio 20: Silas de Ruedas Manuales y Grúas de Paciente**
- **Julio 25: Camas Hospitalarias**

NO tienen ningún costo, para horarios e inscripciones por favor consulte nuestra página de Internet https://www.cgsmedicare.com

- Al lado izquierdo de la página haga clic en **"CGS en Español"**
- **Haga clic en** "Recursos Educativos" y después en "Educación en Línea (Webinars)" y encontrará el listado de webinars programados. Para inscribirse, debe hacerlo directamente en la plataforma "Cvent" usando los enlaces de internet que encuentra en esta página.

Noticias y Nuevas Publicaciones

Para tener acceso a estas publicaciones debe ir a https://www.cgsmedicare.com

- Haga clic en "JC DME**"**
- **Al lado izquierdo** de la página haga clic en "News & Publications", después en "News" y por último sobre la publicación que desea consultar

Para esta edición tenemos:

1. **Junio 14: "Manufacturer or Supplier Warranty Documentation for Repairs"** En esta publicación se les informa a los proveedores que, en caso de reparación de equipo, deben conservar las copias de las garantías del fabricante o del proveedor para el equipo que se está reparando y proporcionar esta documentación si se solicita. La reglamentación federal 42 CFR 414.210(e)(4) define las reglas de pago para el reemplazo del equipo propiedad del beneficiario con base en los costos de reparación acumulados. Si el título de propiedad de un artículo en renta, como una silla de ruedas motorizada, se transfiere al beneficiario, el proveedor sigue siendo responsable de proporcionar el equipo de reemplazo sin costo para el beneficiario o para el programa de Medicare durante la vida útil razonable de 5 años. Al tomar esta determinación, los DME MAC pueden considerar si los costos acumulados de reparación exceden el 60 por ciento del costo de reemplazo del artículo.

Se pueden realizar pagos por mantenimiento razonable y necesario del equipo de propiedad del beneficiario. Los cargos razonables y necesarios son aquellos realizados por partes y por mano de obra que no están cubiertos por la garantía del fabricante o del proveedor. Consulte el Manual del Proveedor de la JC, capítulo 5 y sección 9.

Para más información consulte esta publicación.

2. **Junio 15: "New JZ Modifier for Zero Discarded Drugs & Biologicals in Single-Use Containers – Revised"** En esta publicación se les informa a los proveedores que si bien el modificador JZ era efectivo y opcional para su uso en las reclamaciones con fechas de servicio a partir de Enero 1, 2023; ahora se requiere para su uso en las situaciones que se indican a continuación para reclamaciones con fechas de servicio a partir de Julio 1, 2023. Para fechas de servicio a partir de Julio 1, 2023, los proveedores deben agregar el modificador JZ a la(s) línea(s) de reclamación de medicamentos y productos biológicos de envases de dosis única administrados por el proveedor cuando no haya cantidades sin usar o desechadas.

   Use el modificador JW al facturar cantidades no utilizadas y descartadas de medicamentos y productos biológicos de envases de dosis única administrados por el proveedor y documente la cantidad de medicamento descartado en el expediente médico del beneficiario de Medicare.

   Esta información se agregó a los Artículos de las Políticas relacionados con las LCD de Bombas de Infusión Externa, Inmunoglobulina Intravenosa (IVIG) y Nebulizadores.

   Para más información consulte esta publicación

3. **Junio 15: "Post COVID-19 Public Health Emergency (PHE) Questions & Answers"** En esta publicación se les informa a los proveedores que se ha publicado una lista con las preguntas más comunes acerca del periodo posterior a la finalización de la Emergencia de Salud Pública por el COVID-19. La encuentra en https://www.cgsmedicare.com/jc/education/qa/post_covid.html

   Para más información consulte esta publicación

4. **Junio 23: "KX Modifier Added to Enteral Nutrition, Parenteral Nutrition, Osteogenesis Stimulators, and Seat Lift Mechanisms LCDs for Dates of Service on or after July 2, 2023"** En esta publicación se les informa a los proveedores que las reclamaciones por nutrición enteral, nutrición parenteral, estimuladores de la osteogénesis y mecanismos de elevación de la silla enviadas sin el modificador KX, GA, GY o GZ se rechazarán por falta de información para las fechas de servicio a partir de Julio 2, 2023.

   Para más información consulte esta publicación

5. **Junio 23: "Medicare Part B DME Drug Inflation Rebates"** En esta publicación se les informa a los proveedores que a partir de Abril 1, 2023, el coaseguro del beneficiario para ciertos medicamentos de la Parte B (incluidos los productos biológicos) facturados a los DME MAC con precios que hayan aumentado a un ritmo más rápido que la tasa de inflación; será ajustado para que el coaseguro del beneficiario se base en el menor ajuste por inflación. Para revisar la lista de medicamentos y biológicos relacionados puede ir a https://www.cms.gov/files/document/reduced-coinsurance-part-b-rebatable-drugs-apr-1-june-30.pdf

   A partir de Abril 1, 2023, se implementaron las siguientes reglas cuando el monto del pago de la Parte B de Medicare por un medicamento cubierto por la Parte B para un trimestre calendario sea mayor que el monto del pago ajustado por inflación:

   - El coaseguro del paciente se basa en el 20 % del monto del pago ajustado por inflación para el trimestre y se reflejará como un porcentaje (es decir, menos del 20 %) del monto del pago de la Parte B de Medicare
   - La porción de Medicare de su pago aumentará de acuerdo con la diferencia entre el monto del pago de la Parte B de Medicare y el coaseguro del paciente, menos cualquier deducible y "sequestration" de la Parte B. Por ejemplo:
     - Si el monto del pago de la Parte B de Medicare por el medicamento es de $100 y el coaseguro del paciente es del 18.525 %, se le cobraría al paciente $18.52
     - Por lo general, la parte del pago de Medicare por los medicamentos y productos biológicos de la Parte B se limita al 80%
     - Cuando se ajuste el coaseguro del paciente, se aumentará el porcentaje de la porción de pago de Medicare al proveedor

    - En este ejemplo, el porcentaje de la porción de Medicare sería 81.475% o $81.48 del monto del pago de la Parte B de Medicare
- Los proveedores deben cobrar a los beneficiarios la cantidad correcta de coaseguro, la cual puede cambiar trimestralmente

Para más información consulte esta publicación

6. **Junio 26: "Supplies – Use of Upgrade Modifiers"** En esta publicación se les informa a los proveedores que un "upgrade" o mejora, se define como un artículo que va más allá de lo médicamente necesario según los requisitos de cobertura de Medicare. Un artículo puede considerarse una mejora incluso si el profesional ha firmado una orden para este artículo. Para los suministros, si la cantidad provista excede la cantidad estándar especificada en la LCD y si el proveedor no tiene información que indique que se han cumplido todos los criterios para la cobertura de las cantidades en exceso (es decir, los criterios de cobertura en la LCD), esa cantidad puede considerarse una mejora. El Manual del Proveedor de la Jurisdicción C, Capítulo 6 contiene información general sobre el uso de los modificadores en caso de mejoras. Si un proveedor desea cobrar al beneficiario por la cantidad de suministros en exceso, el proveedor debe obtener una Notificación Anticipada al Beneficiario (ABN) debidamente completada. En las líneas de reclamación con el ABN, el proveedor debe primero facturar el código HCPCS apropiado con el modificador GA y facturar las unidades de servicio que describen la cantidad de suministros que se proporcionaron. Luego facturar el mismo código HCPCS con el modificador GK y facturar las unidades de servicio que describen la cantidad estándar de suministros que están cubiertos en la LCD.

   Los códigos deben facturarse en este orden específico en la misma reclamación. En esta situación, la línea de la reclamación con el modificador GA se rechazará como no razonable y necesaria con un mensaje de "responsabilidad del paciente" (PR) y la línea de la reclamación con el modificador GK continuará con el proceso habitual de una reclamación. La responsabilidad del beneficiario será la suma de la diferencia entre el monto facturado en la línea de la reclamación con GA y el monto facturado en la línea de reclamación con GK y el deducible y el coaseguro que se relacionen con el monto permitido para la línea de la reclamación con GK.

   Al usar los modificadores por la mejora, el monto facturado por la mejora (línea con el modificador GA), es decir, la cantidad de suministros que se proporcionaron, puede ser la tarifa "usual y habitual" del proveedor por los artículos mejorados.

   Si un proveedor desea proporcionar la cantidad en exceso de suministros sin ningún cargo adicional para el beneficiario, el proveedor no necesita obtener un ABN. El proveedor factura el código HCPCS con el modificador GL y factura las unidades de servicio que describen la cantidad de suministros que están cubiertos según la LCD. No se factura la cantidad de suministros proporcionados.

   Cuando se utiliza un modificador de mejoras para cantidades de suministros en exceso, no se requiere que la reclamación incluya la marca del producto o una explicación de por qué se considera una mejora.

   Los códigos con el modificador GK o GL continuarán con el proceso habitual de las reclamaciones. Si las unidades de servicio en la línea de la reclamación GK/GL están dentro de las pautas de la política, entonces esa línea de la reclamación no tendrá una edición que se centre en líneas de la reclamación individuales con unidades de servicio excesivas. Si ninguna otra edición llega a la línea de reclamación, el pago se realizará en función de las unidades de servicio facturadas por el código con el modificador GK o GL.

   Para más información consulte esta publicación

7. **Junio 30: "Widespread Pre-Pay Service Specific Review Announcement – HCPCS Code K1007"** En esta publicación se les informa a los proveedores que Revisión Médica de CGS comenzará a realizar una revisión prepago específica de las reclamaciones que contengan el código HCPCS K1007 (dispositivo bilateral de cadera, rodilla, tobillo, pie, eléctrico, incluye componente pélvico, verticales sencillos o dobles, articulaciones de rodilla de cualquier tipo, con o sin articulaciones de tobillo de cualquier tipo, incluye todos los componentes y accesorios, motores, microprocesadores, sensores).

   CGS les recuerda a los proveedores la importancia de responder a las cartas de Solicitud de Documentación Adicional (ADR). La Ley Federal en SSA 1833 (e) y la Regulación Federal 42 CFR 424.5(a)(6) autorizan la recopilación de esta información. Los proveedores están violando el Estándar del Proveedor #28 cuando no proporcionan la documentación solicitada por un contratista de Medicare como CGS.

La carta ADR solicitará la siguiente información:

- Orden escrita del profesional tratante
- Expediente médico del beneficiario (puede incluir notas de los médicos, expedientes hospitalarios, expedientes de hogares de ancianos, notas de enfermería de atención en casa y notas de terapia física/ocupacional que respaldan que los artículos provistos son razonables y necesarios, incluyendo, entre otras, la duración de la condición, el curso clínico (empeoramiento o mejora), pronóstico, naturaleza y extensión de las limitaciones funcionales, otras intervenciones y resultados terapéuticos, experiencia previa con elementos relacionados, etc.)
- Documentación que respalde el Artículo #A55426 "Standard Documentation Requirements for All Claims Submitted to DME MAC"
- Otra documentación pertinente
- Copia del ABN (si se obtuvo)

Para más información consulte esta publicación

8. **Junio 30: "Same or Similar Resource List"** En esta publicación se les informa a los proveedores que hay muchas formas de buscar la información relacionada con "igual o similar"; puede buscar escribiendo en ingles una de estas opciones "same or similar, same and similar, same/similar", solo por nombrar algunas. Nuestro motor de búsqueda está mejorando todo el tiempo y los resultados pueden variar según como usted describa su búsqueda. Para encontrar información acerca de "igual o similar" puede usar los siguientes recursos:

   - myCGS opción Historia de las Reclamaciones (Claim History)
   - Para revisar los códigos que se consideran como "iguales o similares" use la herramienta "Same/Similar Code Lookup" en https://www.cgsmedicare.com/medicare_dynamic/jc/samesimilar/samesimilar.aspx
   - Para entender cuando puede usar el ABN, revise el Manual del Proveedor Capítulo 3
   - Para entender las pautas de remplazo y de periodo de vida útil revise el Manual del Proveedor Capítulo 5
   - Para resolver las denegaciones de órtesis por igual o similar consulte la Lista de Chequeo de Documentación en Español "Remplazo De Las Ortesis Por Cambio en la Condición, Durante El Periodo Razonable De Vida Útil https://www.cgsmedicare.com/jc/mr/pdf/replacement_ortho_sp.pdf y consulte el artículo "Same or Similar Denials for Orthoses and the Appeals Process" localizado en https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/news/2020/08/cope18619.html
   - Para resolver las denegaciones cuando los beneficiarios cambian nuevamente del CGM al BGM, consulte el artículo "Billing Reminder: Blood Glucose Monitor Supplies and Continuous Glucose Monitor Supplies – Switching" en https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/news/2021/05/cope22121.html
   - Para saber cuándo el segundo ventilador se considera igual o similar revise el artículo "Correct Coding and Coverage of Ventilators – Revised July 2020" localizado en https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/news/2020/07/cope18079.html

   Para más información consulte esta publicación

Recursos en Español

Recuerde que puede consultar esta edición de las Noticias del Mes y las anteriores en nuestra página de Internet https://www.cgsmedicare.com sección "CGS en Español" bajo "Recursos Educativos"

1. **Listas de Chequeo de la Documentación Actualizadas:** Las listas de chequeo de la documentación en español para Estimuladores de la osteogénesis y para Nutrición Enteral fueron actualizadas. Visite https://www.cgsmedicare.com sección "CGS en Español" Recursos de Revisión Médica/Listas de Chequeo de la Documentación

2. **SECCIÓN DE LA PAGINA DE INTERNET EN ESPAÑOL:** Ahora puede encontrar en español toda la información que necesita en la sección **"CGS en Español"** de nuestra página de internet. **https://www.cgsmedicare.com/jc/espanol/index.html**

3. **Manual del Usuario y Guía de Inscripción de myCGS.** El manual del usuario y la guía de Inscripción de myCGS han sido rediseñados para que sea más fácil para usted encontrar el contenido que necesita. Visite https://www.cgsmedicare.com sección "CGS en Español" myCGS

4. **Cartas "Respetado Doctor"**: Estas cartas han sido escritas por nuestros Directores Médicos y están dirigidas a los médicos que recetan artículos de DME. Visite https://www.cgsmedicare.com sección "CGS en Español" Recursos de Revisión Médica
5. **Herramienta para saber la razón de una denegación y las acciones a tomar.** La herramienta llamada "Herramienta para la Resolución de las Denegaciones de las Reclamaciones" le permite saber la razón específica de su denegación y la/las posibles acciones a tomar. La encuentra en https://www.cgsmedicare.com sección "CGS en Español" Herramientas
6. **Listas de Chequeo de la Documentación:** Estas listas contienen la información detallada acerca de la documentación que se requiere para cada artículo de DME. Visite https://www.cgsmedicare.com sección "CGS en Español" Recursos de Revisión Médica"
7. **Webinars Personalizados:** ***Educación personalizada, gratuita y en español*** a través de su computadora acerca de los criterios de cobertura de los diferentes artículos cubiertos por el DME, documentación general, regulaciones, facturación, etc.; adaptada a sus necesidades particulares y en un horario que le convenga. No tiene ningún costo y solo debe enviarnos un correo electrónico con su solicitud a liliana.hewlett@cgsadmin.com

Lista de Distribución de Correo Electrónico

- Para estar al tanto de las últimas actualizaciones y noticias de la Jurisdicción C en inglés, inscríbase a nuestra Lista de Distribución de Correo Electrónico.
- Para hacerlo, ingrese a la página de Internet de CGS: https://www.cgsmedicare.com y haga clic en "**JC DME**"
  - Al lado derecho de su pantalla haga clic en "Quick Links" y complete la inscripción
  - Verifique que su sistema de correo electrónico acepte correos de CGS

Sus sugerencias o comentarios son importantes para nosotros, déjenos saber cómo ayudarle escribiéndonos a liliana.hewlett@cgsadmin.com

Este boletín no es una comunicación oficial de los DME MAC o de CMS y fue preparado con el fin de que sea una herramienta educativa e informativa y no reemplaza las Leyes o Regulaciones vigentes. No es una traducción literal de las publicaciones a las cuales hace referencia. Se les recomienda a los proveedores de manera muy enfática, que consulten los documentos oficiales de los DME MAC, las publicaciones mencionadas, las Determinaciones de Cobertura Nacional, las Determinaciones de Cobertura Local (LCD) y los Artículos de la Política y de Documentación pertinentes. Visite https://www.cgsmedicare.com y https://www.cms.gov Cualquier cambio en la información a la cual se hace referencia podrá hacerse en cualquier momento y sin previo aviso.

CGS® A CELERIAN GROUP COMPANY

CMS CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

© Derechos de Autor 2023, CGS Administrators, LLC