



## Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

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

- **Nutrición Enteral. Efectivo Enero 1, 2023**
  - Revisión de la LCD: Se revisó el lenguaje acerca a la asignación por los suministros de alimentación según el método de administración y la referencia a la pregunta 5 del DIF, para aclarar que es para fechas de servicios anteriores al 1 de enero de 2023
  - Revisión del Artículo de la Política: Se agregó información relevante acerca de la facturación para las fechas de servicio afectadas por la eliminación de los DIF y la información acerca de la necesidad de calcular las Unidades de Servicio (USO) en función de la orden del profesional tratante
- **Bombas de Infusión Externa. Efectivo Enero 1, 2023**
  - Revisión del Artículo de la Política: Se agregó información relevante acerca de la facturación para las fechas de servicio afectadas por la eliminación de los DIF
- **Dispositivos de oscilación de la pared torácica de alta frecuencia. Efectivo Octubre 1, 2022**
  - Revisión de la LCD: Se revisó la descripción larga del código HCPCS E0483
  - Revisión del Artículo de la Política: Se revisó la descripción larga del código HCPCS E0483
- **Medicamentos Inmunosupresores. Efectivo Enero 1, 2023**
  - Revisión del Artículo de la Política: Se agregó información acerca de la declaración de derecho de Medicare para incluir cobertura más allá de los 36 meses para beneficiarios elegibles e inscritos en el beneficio de medicamentos inmunosupresores de la Parte B (PBID)
- **Estimuladores de la Osteogénesis. Efectivo Enero 1, 2023**
  - Revisión del Artículo de la Política: Se agregó información relevante acerca de la facturación para las fechas de servicio afectadas por la eliminación de los DIF
- **Dispositivos de oscilación de la pared torácica de alta frecuencia. Efectivo Octubre 1, 2022**
  - Revisión de la LCD: Se revisó el lenguaje acerca a la asignación por los suministros de alimentación según el método de administración y la referencia a la pregunta 5 del DIF, para aclarar que es para fechas de servicios anteriores al 1 de enero de 2023
- **Oxígeno y Equipo para Oxígeno. Efectivo Enero 1, 2023**
  - Revisión de la LCD:
    - Agregado: - Se agregó el lenguaje acerca de la codificación de CMS de las indicaciones cubiertas y no cubiertas a nivel nacional para el oxígeno en el hogar y para los equipos de oxígeno, dentro de la sección 240.2 del Manual de NCD y la sección 1862 (a) (1) (A) de la SSA (efectivo 27/09/2021). – Se agregó "equipo de terapia y oxígeno" después de las declaraciones de "oxígeno" y "oxígeno en el hogar", - Se agregó "Cobertura inicial" de oxigenoterapia en casa (efectivo 27/09/2021), - Se agregaron los criterios de cobertura para oxigenoterapia en casa y equipo de oxígeno del Grupo III (efectivo a partir del 27/09/2021), - Se agregaron los criterios del Grupo IV, - Se agregó "Cluster Headaches" como ejemplo de condición médica en el Grupo III, - Grupo I, II o III para criterios de tolerancia de alto flujo
    - Revisado: - Se revisaron los criterios razonables y necesarios para la oxigenoterapia en casa y el equipo de oxígeno de los Grupos I y II (efectivo a partir del 27/09/2021)
    - Eliminado: - Se eliminaron las referencias al "estado crónico estable" (efectivo a partir del 27/09/2021), - se eliminaron los estudios clínicos de la terapia de oxígeno a largo plazo (LTOT), - Sección "CLUSTER HEADACHES (CH)" e información relacionada, - Se eliminaron todas las

- referencias e instrucciones para el Certificado de Necesidad Médica, - Se eliminó el modificador Q0, - Se eliminaron los "Cluster headaches" y LOOT de las reglas de cobertura especial
- Revisión del Artículo de la Política:
  - Agregado: - Se agregó la referencia al Social Security Act §1834(a)(5)(E)
  - Revisado: - Se agregaron los requisitos de documentación para alinearse con la información en la sección Indicaciones de cobertura, limitaciones o necesidad médica de la LCD de oxígeno y equipos de oxígeno relacionada (efectivo a partir del 27/09/2021)
  - Eliminado: - Se eliminaron las referencias al estado crónico estable (efectivo 27/09/2021), - Se eliminaron los Estudios del Oxígeno en casa a largo plazo (LTOT) e información relacionada (efectivo a partir del 27/09/2021), - Se eliminó la sección de "Cluster Headaches" e información relacionada (efectivo a partir del 27/09/2021), - Se eliminaron las referencias a la "Recertificación" y Certificación de Necesidad Médica" – Se eliminaron los Códigos ICD-10-CM del Grupo 1 y del Grupo 2
- Nutrición Parenteral. Efectivo Enero 1, 2023
  - Revisión del Artículo de la Política:
    - Agregado: - Se agregó la información relevante acerca de la facturación para las fechas de servicio afectadas por la eliminación de los DIF, - Se agregó la información acerca de la necesidad de calcular las Unidades de Servicio (USO) en función de la orden del profesional tratante
- Equipos de Presión Positiva para la Vía Aérea (PAP) Efectivo Septiembre 27, 2021
  - Revisión de la LCD:
    - Agregado: - Se agregó "condición que resulta en hipoxemia" al "USO CONCURRENTE DE OXÍGENO CON LA TERAPIA DE PAP", - Se agregó "equipo de terapia y oxígeno" después de "oxígeno" y "oxígeno en la casa" en el "USO CONCURRENTE DEL OXÍGENO CON LA TERAPIA DE PAP", - Se agregó que no hay elegibilidad para la cobertura de oxígeno en la casa con oximetría nocturna como parte de la prueba del sueño en el hogar o cualquier otra prueba en el hogar para el "USO CONCURRENTE DEL OXÍGENO CON LA TERAPIA DE PAP", - Se agregó "Los beneficiarios que califican para la terapia de oxígeno con base en las pruebas realizadas solo durante el curso de una prueba del sueño son elegibles solo para el reembolso del equipo estacionario".
    - Eliminado: - Se eliminaron las referencias al "estado crónico estable" del "USO CONCURRENTE DEL OXÍGENO CON LA TERAPIA DE PAP", - Se eliminó "enfermedad pulmonar severa" del "USO CONCURRENTE DEL OXÍGENO CON LA TERAPIA DE PAP:", - Se eliminó la instrucción duplicada para que los proveedores consulten la LCD de oxígeno y equipos de oxígeno y el artículo de política relacionado para conocer los requisitos adicionales de cobertura, codificación y documentación del USO CONCURRENTE DEL OXÍGENO CON LA TERAPIA DEL PAP
- RESUMEN DE EVIDENCIA:
- Mecanismos para Impulsarse desde la Silla. Efectivo Enero 1, 2023
  - Revisión del Artículo de la Política: Se agregó la información relevante acerca de la facturación para las fechas de servicio afectadas por la eliminación de los DIF
- Estimuladores Nerviosos Eléctricos Transcutáneos (TENS). Efectivo Enero 1, 2023
  - Revisión del Artículo de la Política: Se agregó la información relevante acerca de la facturación para las fechas de servicio afectadas por la eliminación de los DIF
- Inmunoglobulina Intravenosa. Efectivo Octubre 1, 2022
  - Revisión del Artículo de la Política: Se agregó el Código ICD-10-CM D81.82 a los códigos del Grupo 1 debido a las actualizaciones de los códigos ICD-10-CM
- Artículo de los Requisitos de Documentación Estándar Efectivo Enero 1, 2023
  - Revisión del Artículo de la Política: Se agregó la información acerca de la facturación relevante para CMNs y DIFs, para las fechas de servicio afectadas por la eliminación de los CMNs y los DIFs

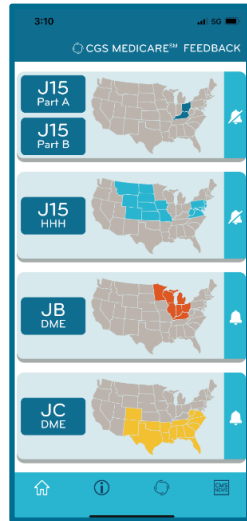
## 2. Cambios en el Contratista de inscripción de Proveedores

- Efectivo Noviembre 7, 2022 dos contratistas procesan las solicitudes de inscripción de Medicare para los proveedores de DMEPOS y se aseguran de que cumplan con todos los estándares de los proveedores y los requisitos de inscripción.  
El Contratista Nacional de Inscripción de Proveedores o NPE (National Provider Enrollment) para la zona del este es "Novitas Solutions" y está a cargo de Alabama, Connecticut, Delaware, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Mississippi, New

Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Vermont, Virginia, West Virginia, Wisconsin, District of Columbia, Puerto Rico y US Virgin Islands <https://www.novitas-solutions.com/webcenter/portal/DMEPOS>

### 3. Mejoras en la Aplicación de CGS

- Las mejoras incluyen
  - Mapas en la pantalla de inicio para mostrar diferentes jurisdicciones
  - Notificaciones: Haga clic en el ícono con forma de campana en el lado derecho de la pantalla para habilitar las notificaciones y obtener información clave de su jurisdicción
  - Diseño simplificado y moderno



### 4. Eliminación de los certificados de Necesidad Médica y de los DIF

- CMS discontinuará el uso de los CMN y de los DIF a partir de las FECHAS DE SERVICIO de Enero 1, 2023 en adelante
- Los siguientes formularios no deberán enviarse a partir de Enero 1, 2023 para las fechas de servicio de ese día y posteriores
  - CMS-484 – Oxygen
  - CMS-846 – Pneumatic Compression Devices
  - CMS-847 – Osteogenesis Stimulators
  - CMS-848 – Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators
  - CMS-849 – Seat Lift Mechanisms
  - CMS-854 – Section C Continuation Form
  - CMS-10125 – External Infusion Pumps
  - CMS-10126 – Enteral and Parenteral Nutrition
- Para las fechas de servicio anteriores a Enero 1, 2023 los proveedores deberán seguir adjuntando el CMN/DIF a su primera reclamación
- Para más información consulte la publicación MLN Matters SE22002 <https://www.cms.gov/files/document/se22002-elimination-certificates-medical-necessity-durable-medical-equipment-information-forms.pdf>

### 5. Codificación Correcta debido a la Eliminación de los CMN y DIF

- Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero del 2023. Las reclamaciones que se reciban con un CMN o un DIF adjuntos serán rechazadas y devueltas al proveedor
- LCDs afectadas:
  - CMN: Estimuladores de Osteogénesis LCD (L33796) y Artículo de la Política (A52513)
  - Oxígeno y Equipo de Oxígeno LCD (L33797) y Artículo de la Política (A52514)
  - Equipos de Compresión Neumática LCD (L33829) y Artículo de la Política (A52488)
  - Mecanismos para Impulsarse de la Silla LCD (L33801) y Artículo de la Política (A52518)

- Estimuladores Nerviosos Eléctricos Transcutáneos (TENS) LCD (L33802) y Artículo de la Política (A52520)
- DIF: Nutrición Enteral LCD (L38955) y Artículo de la Política (A58833)
- Bombas de Infusión Externa LCD (L33794) and Artículo de la Política (A52507)
- Nutrición Parenteral LCD (L38953) y Artículo de la Política (A58836)
- Instrucciones para las reclamaciones
  - Para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero del 2023, los proveedores no deben presentar un CMN o DIF con la reclamación. Si se incluye un CMN o DIF con la reclamación, la reclamación será rechazada y devuelta al proveedor
  - Para reclamos con fecha de servicio del 31 de diciembre de 2022 o anterior, si se requiere el CMN o DIF y debe presentarse con la primera reclamación o estar en el expediente con una reclamación anterior
- Tenga en cuenta que para las fechas de servicio afectadas por la emergencia de salud pública (PHE) de COVID-19, es decir, las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de marzo de 2020 y durante la duración del PHE de COVID-19, ciertos artículos o servicios no requieren la presentación de un CMN o DIF para la tramitación de la reclamación. La regla final provisional de CMS con comentarios (CMS-1744-IFC), que se publicó el 6 de abril de 2020, identificó que las indicaciones clínicas para la cobertura asociadas con ciertas LCD y NCD no se aplicarían durante el PHE de COVID-19. La regla final provisional de CMS con comentarios (CMS-1744-IFC), que se publicó el 6 de abril de 2020, identificó que las indicaciones clínicas para la cobertura asociadas con ciertas LCD y NCD no se aplicarían durante el PHE de COVID-19. Con base en las situaciones del procesamiento de reclamaciones que tendrían como resultado la falta de información (por ejemplo) en los CMN o DIF, en relación con la no aplicación de las indicaciones clínicas; CMS también determinó que los CMN y DIF no serían necesarios para las reclamaciones de oxígeno y de bombas de infusión externas.

## 6. Tarifas

- Las tarifas de DMEPOS correspondientes al cuarto trimestre han sido revisadas

## 7. Actualización de los códigos HCPCS

- Códigos agregados, efectivo Enero 1, 2023

A4239	Supply allowance for non-adjunctive, non-implanted continuous glucose monitor (cgm), includes all supplies and accessories, 1 month supply = 1 unit of service
E2103	Non-adjunctive, non-implanted continuous glucose monitor or receiver
J0134	Injection, acetaminophen (fresenius kabi) not therapeutically equivalent to j0131, 10 mg
J0136	Injection, acetaminophen (b braun) not therapeutically equivalent to j0131, 10 mg
J0173	Injection, epinephrine (belcher) not therapeutically equivalent to j0171, 0.1 mg
J0225	Injection, vutrisiran, 1 mg
J0283	Injection, amiodarone hydrochloride (nexterone), 30 mg
J0611	Injection, calcium gluconate (wg critical care), per 10 ml
J0689	Injection, cefazolin sodium (baxter), not therapeutically equivalent to j0690, 500 mg
J0701	Injection, cefepime hydrochloride (baxter), not therapeutically equivalent to maxipime, 500 mg
J0703	Injection, cefepime hydrochloride (b braun), not therapeutically equivalent to maxipime, 500 mg
J0877	Injection, daptomycin (hospira), not therapeutically equivalent to j0878, 1 mg
J0891	Injection, argatroban (accord), not therapeutically equivalent to j0883, 1 mg (for non-esrd use)
J0892	Injection, argatroban (accord), not therapeutically equivalent to j0884, 1 mg (for esrd on dialysis)
J0893	Injection, decitabine (sun pharma) not therapeutically equivalent to j0894, 1 mg
J0898	Injection, argatroban (auromedics), not therapeutically equivalent to j0883, 1 mg (for non-esrd use)
J0899	Injection, argatroban (auromedics), not therapeutically equivalent to j0884, 1 mg (for esrd on dialysis)
J1456	Injection, fosaprepitant (teva), not therapeutically equivalent to j1453, 1 mg
J1574	Injection, ganciclovir sodium (exela) not therapeutically equivalent to j1570, 500 mg
J1611	Injection, glucagon hydrochloride (fresenius kabi), not therapeutically equivalent to j1610, per 1 mg
J1643	Injection, heparin sodium (pfizer), not therapeutically equivalent to j1644, per 1000 units
J2021	Injection, linezolid (hospira) not therapeutically equivalent to j2020, 200 mg

J2184 Injection, meropenem (b. braun) not therapeutically equivalent to j2185, 100 mg  
 J2247 Injection, micafungin sodium (par pharm) not thereapeutically equivalent to j2248, 1 mg  
 J2251 Injection, midazolam hydrochloride (wg critical care) not therapeutically equivalent to j2250, per 1 mg  
 J2272 Injection, morphine sulfate (fresenius kabi) not therapeutically equivalent to j2270, up to 10 mg  
 J2281 Injection, moxifloxacin (fresenius kabi) not therapeutically equivalent to j2280, 100 mg  
 J2311 Injection, naloxone hydrochloride (zimhi), 1 mg  
 J2327 Injection, risankizumab-rzaa, intravenous, 1 mg  
 J2401 Injection, chloroprocaine hydrochloride, per 1 mg  
 J2402 Injection, chloroprocaine hydrochloride (clorotekal), per 1 mg  
 J3244 Injection, tigecycline (accord) not therapeutically equivalent to j3243, 1 mg  
 J3371 Injection, vancomycin hcl (mylan) not therapeutically equivalent to j3370, 500 mg  
 J3372 Injection, vancomycin hcl (xellia) not therapeutically equivalent to j3370, 500 mg  
 J9046 Injection, bortezomib, (dr. reddy's), not therapeutically equivalent to j9041, 0.1 mg  
 J9048 Injection, bortezomib (fresenius kabi), not therapeutically equivalent to j9041, 0.1 mg  
 J9049 Injection, bortezomib (hospira), not therapeutically equivalent to j9041, 0.1 mg  
 J9393 Injection, fulvestrant (teva) not therapeutically equivalent to j9395, 25 mg  
 J9394 Injection, fulvestrant (fresenius kabi) not therapeutically equivalent to j9395, 25 mg  
 Q5126 Injection, bevacizumab-maly, biosimilar, (alymys), 10 mg

- Códigos a los que se les ha cambiado la descripción, efectivo Enero 1, 2023

A4238 Supply allowance for adjunctive, non-implanted continuous glucose monitor (cgm), includes all supplies and accessories, 1 month supply = 1 unit of service  
 E2102 Adjunctive, non-implanted continuous glucose monitor or receiver  
 J0131 Injection, acetaminophen, not otherwise specified, 10 mg  
 J0610 Injection, calcium gluconate (fresenius kabi), per 10 ml  
 J9041 Injection, bortezomib, 0.1 mg

- Códigos con cambios de cobertura y descripción efectivo 1 de enero de 2023. La cobertura cambió de no válida para Medicare a no cubierta por el estatuto de Medicare

A9276 Sensor; invasive (e.g., subcutaneous), disposable, for use with non-durable medical equipment interstitial continuous glucose monitoring system, one unit = 1 day supply  
 A9277 Transmitter; external, for use with non-durable medical equipment interstitial continuous glucose monitoring system  
 A9278 Receiver (monitor); external, for use with non-durable medical equipment interstitial continuous glucose monitoring system

- Códigos descontinuados

Código	Descontinuado el	"Código de crosswalk"
J2400	12/31/2022	Ninguno
J9044	12/31/2022	Ninguno
K0553	12/31/2022	A4239
K0554	12/31/2022	E2103



## Educación en Español Programada para este Mes

- Diciembre 13: **Ortesis AFO KAFO (tobillo-pie y rodilla-tobillo-pie)**

**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)”. Del listado de webinars, elija el que desea tomar **y haga clic en la fecha en la cual se va a dictar dicho Webinar. Complete la información solicitada y confirme que la dirección de correo electrónico está**

**correcta**, pues a esa dirección le será enviada la invitación al webinar con las instrucciones de conexión y la copia de la presentación revisada una vez haya terminado el webinar.



## 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. **Noviembre 1: “Voluntary Refunds-Calendar Year 2022”** En esta publicación se incluye una carta enviada de manera general a los proveedores, acerca de los reembolsos voluntarios. La carta dice lo siguiente:

Noviembre 22

Re: Reembolsos Voluntarios - Año Calendario 2022

Para: Proveedores de Medicare

Como usted sabe, en ocasiones los proveedores pueden recibir pagos incorrectos (p. ej., por servicios/artículos no cubiertos, facturados erróneamente, etc.). Cuando esto sucede, se debe enviar un reembolso al contratista. De lo contrario, se establecerá un sobrepago, que es una deuda con el programa de Medicare, cuando se identifique el error.

Medicare espera que los proveedores tengan cuidado al facturar y al aceptar el pago y también espera que los proveedores informen de inmediato al MAC sobre los pagos incorrectos. Esto confirma su conocimiento de esta expectativa y confirma su cumplimiento. Sin embargo, tenga en cuenta que el IOM de CMS, Publicación 100-08, Capítulo 4, Sección 4.2.2.8.1.3 menciona que:

*“...The acceptance of a voluntary refund in no way affects or limits the rights of the Federal Government or any of its agencies or agents to pursue any appropriate criminal, civil, or administrative remedies arising from or relating to these or any other claims.....”*

*“...La aceptación de un reembolso voluntario de ninguna manera afecta o limita los derechos del Gobierno Federal o de cualquiera de sus agencias o agentes de hacer uso de los recursos penales, civiles o administrativos apropiados que surjan de o estén relacionados con estas u otras reclamaciones..”*

Gracias por sus esfuerzos de trabajar en cooperación con CGS Administrators, LLC y así garantizar el cumplimiento correcto y apropiado de los beneficios de Medicare. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina al siguiente número de teléfono: 1-866-270-4909, para proveedores de la Jurisdicción C DME de AL, AR, CO, FL, GA, LA, MS, NC, NM, OK, PR, SC, TN, TX, VA, VI, y WV

Para más información consulte esta publicación.

2. **Noviembre 15: “Corrections Being Made to the 2022 DMEPOS Fee Schedule Amounts for Certain Items Furnished in Non-contiguous Areas (Alaska, Hawaii, Puerto Rico, and the U.S. Virgin Islands) - Revised”** En esta publicación se les informa a los proveedores que CMS identificó errores en los montos de las tarifas para ciertos artículos provistos en áreas no contiguas y ha publicado archivos revisados del programa de tarifas para uso público. Se incluye una lista de 179 códigos HCPCS y combinaciones de modificadores afectados por las revisiones, la cual es un archivo de uso público separado y se encuentra en el siguiente enlace. <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-service-payment/dmeposfeesched/dmepos-fee-schedule/dme22-r> Los archivos revisados de uso público de 2022 ya están disponibles.

La mayoría de las correcciones a los montos de las tarifas fueron menores, lo que tuvo como resultado un pago insuficiente estimado de aproximadamente \$3,200 dólares en el 2022 con ajustes en las tarifas que oscilaron entre 0.5% y 5.1% para ciertos artículos. Menos de 3000 reclamaciones se vieron afectadas por estos errores y serán reprocesadas automáticamente por los DMEMAC.

Para obtener más información sobre los ajustes, visite [https://www.cgsmedicare.com/jc/claims/payment\\_alerts.html](https://www.cgsmedicare.com/jc/claims/payment_alerts.html)

Para más información consulte esta publicación.

- 3. Noviembre 17: “Billing Instructions – Parenteral and Enteral Nutrition”** En esta publicación se les recuerda a los proveedores que, para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero del 2023, se elimina el Formulario de Información del DMEMAC (DIF) para Nutrición Parenteral y Enteral. El DIF requería información sobre la cantidad de calorías por día ordenadas por el profesional tratante (Pregunta 4). Con la eliminación del DIF, los proveedores ahora deberán calcular las unidades de servicio (UOS) para cada producto enteral y parenteral facturado a Medicare, según la orden del profesional tratante.

Ejemplo de Nutrición Enteral:

Orden: El profesional tratante ordena 2,000 calorías por día del código HCPCS B4150

Cálculo: Para el código B4150, 1 UOS = 100 calorías. 2000 calorías por día ÷ 100 calorías por UOS (Unidades de Servicio) = 20 USO por día x 30 días = 600 UOS. Si el proveedor entrega 700 UOS en lugar de 600 UOS por conveniencia o por solicitud del beneficiario, solo las 600 UOS deben informarse como UOS razonables y necesarias en la reclamación.

Las unidades de servicio en exceso se pueden facturar mediante el proceso de actualización de la siguiente manera:

Con una Notificación Anticipada al Beneficiario (ABN):

Si el proveedor desea cobrar el pago por la cantidad en exceso y obtuvo un ABN debidamente completado:

- Línea 1: B4150GA 700 UOS, período de 30 días (UOS totales entregadas)
- Línea 2: B4150GK 600 UOS, intervalo de fechas de 30 días (UOS razonables y necesarias)

En este ejemplo, la línea de la reclamación facturada con GK sería elegible para el pago cuando se cumplan los criterios de cobertura y la línea enviada con el modificador GA sería denegada por no ser razonable ni necesaria. La responsabilidad del beneficiario sería la diferencia entre el cargo presentado para la línea GA y la línea GK más cualquier deducible y coaseguro aplicable

Sin una Notificación Anticipada al Beneficiario (ABN):

Si el proveedor no desea cobrar el pago de la cantidad en exceso o no ha obtenido un ABN debidamente completado:

Línea 1: B4150GL 600 UOS, intervalo de fechas de 30 días (UOS razonables y necesarias)

En este ejemplo, la línea de reclamo facturada con GL sería elegible para el pago si se cumplen los criterios de cobertura. El modificador GL identifica que se proporcionó una cantidad mayor de UOS que la facturada en el reclamo.

Las asignaciones de los suministros de la alimentación enteral (B4034, B4035 y B4036) deben corresponder con el método de administración de la nutrición enteral (jeringa, bomba, gravedad). El DIF requería los detalles del método de administración (Pregunta 5). El requisito de que los suministros de alimentación deben corresponder con el método de administración de nutrición enteral permanece sin cambios después de la eliminación del DIF.

Cuando la nutrición enteral se administra a través de una bomba y la bomba es propiedad del beneficiario, se debe incluir una descripción en las reclamaciones de nutrición enteral y suministros, indicando el código HCPCS de la bomba, la fecha en que el beneficiario obtuvo la bomba y una indicación de que es propiedad del beneficiario (ej., incluya PROPIO “OWN” en la descripción).

Consulte las Determinaciones de Cobertura Local (LCD) de Nutrición Parenteral y Enteral y los Artículos de Política (PA) relacionados para obtener información adicional a la que se aplican estas instrucciones.

Para más información consulte esta publicación.

#### 4. **Noviembre 28: “Panzyga® (Immunoglobulin Intravenous (Human), 10%) Correct Coding and Coverage – Revised”**

En esta publicación se les recuerda a los proveedores que Panzyga® (Immunoglobulin Intravenous (Human), 10%) es una preparación líquida estéril de Inmunoglobulina G (IgG) altamente purificada derivada de grandes cantidades de plasma humano. La FDA aprobó Panzyga® el 2 de agosto del 2018. Panzyga® está cubierto para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 2 de agosto del 2018 cuando se cumplen los siguientes criterios:

Cobertura de Medicare para la IVIG

La inmunoglobulina intravenosa (IGIV) utilizada para el tratamiento de la inmunodeficiencia primaria está cubierta bajo el beneficio de inmunoglobulina intravenosa (Medicare Benefit Policy Manual/Internet Only Manual (IOM) 100-02, Ch. 15, §50.6). Para que la IVIG de un beneficiario sea elegible para el reembolso, existen requisitos legales específicos de la política de pago que se deben cumplir. Todos los siguientes criterios deben cumplirse:

- Es un derivado de plasma combinado aprobado para el tratamiento de la enfermedad de inmunodeficiencia primaria
- El paciente tiene un diagnóstico de enfermedad de inmunodeficiencia primaria (consulte la sección "códigos de diagnóstico que respaldan la necesidad médica")
- La IVIG se administra en el hogar
- El profesional tratante ha determinado que la administración de la IVIG en el hogar del paciente es médicamente adecuada

A la fecha de esta publicación, no existe un código HCPCS específico para Panzyga®. Envíe las reclamaciones relacionadas con Panzyga® para las fechas de servicio a partir del 2 de agosto del 2018 utilizando el siguiente código HCPCS:

J1599: INJECTION, IMMUNE GLOBULIN, INTRAVENOUS, NON-LYOPHILIZED (E.G., LIQUID), NOT OTHERWISE SPECIFIED, 500 MG

Para revisar el listado completo de los códigos ICD-10 que respaldan la Necesidad Médica y obtener más información consulte esta publicación.

#### 5. **Noviembre 29: “Billing Reminder: GW Modifier”**

En esta publicación se les recuerda a los proveedores que la definición del modificador GW es “Servicio no relacionado con la condición terminal del paciente de hospicio”. Los proveedores deben agregar el modificador GW a los códigos HCPCS si se cumplen las dos condiciones siguientes:

- El beneficiario está actualmente inscrito en un hospicio
- La necesidad del equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros (DMEPOS) proporcionado no está relacionada con su condición de hospicio

Si los dos criterios anteriores se cumplen y el proveedor envía la reclamación sin el modificador GW, esta será denegada (efectivo para reclamaciones presentadas a partir del 1 de diciembre del 2020, con fechas de servicio a partir del 7 de septiembre del 2020). Si esto sucede, los proveedores pueden:

- Corregir la reclamación a través del portal web myCGS
- Volver a enviar una nueva reclamación con el modificador GW

Si es necesario agregar más de 4 modificadores al mismo código HCPCS, reemplace el cuarto modificador con el modificador 99 y agregue los demás modificadores en la casilla 19 del formulario CMS-1500 o en su equivalente electrónico.

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. **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.
2. **Nuevo Diseño del Manual del Usuario y de la 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
3. **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
4. **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
5. **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”
6. **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](mailto: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, inscribese 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 ayudarlo escribiéndonos a [liliana.hewlett@cgsadmin.com](mailto: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.

