



Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

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

- Bombas de Succión. Efectivo Abril 1, 2023
 - Revisión de la LCD:
 - Revisado: La descripción del código A4628
 - Revisión del Artículo de la Política:
 - Revisado: En el código A4628 se reemplazó “Orofaringeo” por “Oral y/o Orofaringeo”
- Oxígeno. Efectivo Abril 1, 2023
 - Revisión de la LCD:
 - Eliminado: “Los beneficiarios no cambian la clasificación de grupo cuando pasan de la cobertura inicial a la cobertura continua según los cambios en los resultados de las pruebas de oxígeno en la sangre” (Efectivo Septiembre 27, 2021)
 - Revisión del Artículo de la Política:
 - Agregado: Instrucciones para facturar con los modificadores Q en pacientes normoxémicos
- Suministros para Urología. Efectivo Abril 1, 2023
 - Revisión de la LCD:
 - Revisado: Referencia al dispositivo inFlow para incluir el código HCPCS A4341
 - Eliminado: Resumen de información de evidencia, por no aplicar a los cambios no discrecionales
 - Agregado: Códigos HCPCS A4341 y A4342
 - Revisión del Artículo de la Política:
 - Agregado: Guías de facturación para inFlow bajo HCPCS A4341 y A4342 para DOS a partir del 1 de Abril, 2023 y para el reemplazo: “Si el médico tratante realiza un reemplazo del dispositivo de drenaje intrauretral permanente con válvula, los reclamos por este servicio deben facturarse al MAC de la Parte B.
 - Revisado: Guías de facturación para inFlow bajo el código HCPCS A4335 para DOS del 1 de Abril, 2021 al 31 de Marzo, 2023; para la toma inicial de medidas y la inserción para que se facturen al MAC de la Parte B y para el activador y el cargador que se facturen solo como reemplazo utilizando el código HCPCS A4342

2. Nueva Plataforma para registrarse y asistir a los webinars en español

- Ahora usted **debe registrarse** para poder asistir a los webinars **a través de Cvent. Este es el enlace de Internet que debe usar para registrarse inicialmente** <https://cvent.me/24P8Ln>
- **Usted debe completar este proceso ANTES de que pueda asistir a cualquiera de nuestros webinars.**
- Una vez que se haya registrado en Cvent usando el enlace anterior debe hacer lo siguiente: Haga clic en el enlace a continuación para agregar los webinars a los cuales desea asistir o para remover un webinar al cual no pueda asistir <https://cvent.me/P90reO>

3. Actualización del Manual del Proveedor de la JC

- Capítulo 2

- Se agregó que la información acerca de la acreditación se encuentra en la página de internet de CMS “Inscribirse como un Proveedor de DMEPOS”
- Capítulo 3
 - Se actualizó el NPE como el Contratista al cual usted puede ser referido en caso de no proveer consistentemente la información de entrega
 - Se hace la aclaración de que el encuentro cara a cara puede ser personal o a través de un método de Telemedicina aprobado por Medicare
- Capítulo 6
 - Se aclara que si está llenando el formulario de reclamación CMS 1500 la casilla 9c debe dejarse en blanco si la casilla 9d se ha llenado. De lo contrario, ingrese la dirección de procesamiento de reclamaciones de la aseguradora del Medigap. Use una dirección postal abreviada, el código postal de dos letras y el código postal copiado de la tarjeta de identificación de Medigap del asegurado de Medigap. Ej. “1257 Anywhere St. MD 21204”
 - Se agregó la información referente a la facturación cuando el beneficiario está en un Hospicio. Para los servicios prestados a un beneficiario inscrito en un plan que participa en el componente de beneficios de cuidados de Hospicio del Modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor (VBID), Medicare denegará el pago de todas las reclamaciones con fechas de servicio durante la elección de Hospicio (con una fecha de inicio de elección de Hospicio del 1 de Enero, 2021 al 31 de Diciembre, 2024) y después de finalizado o revocado, hasta el fin del mes. Los proveedores DEBEN enviar reclamaciones por estos servicios a Medicare y pueden esperar el siguiente mensaje
 - Código de razón de Ajuste (CARC) 96: Cargos no cubiertos
 - Código de Observación (RARC) MA73: Asociado con una demostración de Medicare. No se emitió ningún pago bajo el pago por servicio de Medicare ya que el paciente eligió la atención administrada
 - Código de Grupo CO
- Capítulo 8
 - Se agregó la página de internet en la cual usted puede consultar las excepciones para la facturación electrónica de acuerdo con la provisión ASCA y como aplicar
- Capítulo 9
 - Se aclararon los requisitos de documentación para el envío de una solicitud de ADMC para sillas de ruedas motorizadas, en cuanto al encuentro cara a cara y la notificación de no relación financiera entre el proveedor y el LCPM
 - Se aclararon los requisitos de documentación para el envío de una solicitud de ADMC para sillas de manual respecto a la evaluación del LCPM
 - Se actualizó la información acerca de los códigos de las Sillas de Ruedas Motorizadas que requieren Pre-Autorización como condición para pago, los códigos de los accesorios por los cuales se puede solicitar voluntariamente una Pre-Autorización y sus requisitos
- Capítulo 16
 - Se agregó la descripción de los modificadores JK, JL, N1, N2 y N3

4. Actualización myCGS, la versión 7.3.10 ya está disponible e incluye:

- La pantalla del médico que ordena/refiere se ha actualizado para incluir las fechas de desactivación, incluida la fecha de desactivación de la renta (cuando corresponda)
- Al realizar una búsqueda del médico que ordena/refiere, myCGS le mostrará uno de tres resultados:
 - El proveedor tiene un registro de inscripción válido en PECOS
 - El proveedor tiene un registro desactivado en PECOS. myCGS mostrará la fecha de desactivación del proveedor, así como la fecha de desactivación de la renta (solo si corresponde)
 - El proveedor no tiene registro de inscripción en PECOS. Si recibe este mensaje, verifique que haya ingresado el NPI y el nombre del médico correctos
- La pantalla del Estatus de la Pre-Autorización (PA) ahora permite ver el estado de los accesorios de PA
- Los códigos de accesorios enviados con una solicitud de pre-autorización solo se mostrarán en la pantalla del estatus si se confirma el equipo base relacionado

5. Actualización de los Códigos HCPCS y de los Modificadores

- Agregados. Efectivo Abril 1, 2023
 - A4341 Indwelling intraurethral drainage device with valve, patient inserted, replacement only, each

- A4342 Accessories for patient inserted indwelling intraurethral drainage device with valve, replacement only, each
- A4560 Neuromuscular electrical stimulator (nmes), disposable, replacement only
- A6590 External urinary catheters; disposable, with wicking material, for use with suction pump, per month
- A6591 External urinary catheter; non-disposable, for use with suction pump, per month
- A7049 Expiratory positive airway pressure intranasal resistance valve
- E0677 Non-pneumatic sequential compression garment, trunk
- E0711 Upper extremity medical tubing/lines enclosure or covering device, restricts elbow range of motion
- E1905 Virtual reality cognitive behavioral therapy device (cbt), including pre-programmed therapy software
- J0208 Injection, sodium thiosulfate, 100 mg
- J0218 Injection, olipudase alfa-rpcp, 1 mg
- J0612 Injection, calcium gluconate (fresenius kabi), per 10 mg
- J0613 Injection, calcium gluconate (wg critical care), per 10 mg
- J1411 Injection, etranacogene dezaparvovec-drlb, per therapeutic dose
- J1449 Injection, eflapegrastim-xnst, 0.1 mg
- J1747 Injection, spesolimab-sbzo, 1 mg
- J2403 Chloroprocaine hcl ophthalmic, 3% gel, 1 mg
- J9196 Injection, gemcitabine hydrochloride (accord), not therapeutically equivalent to j9201, 200 mg
- J9294 Injection, pemetrexed (hospira) not therapeutically equivalent to j9305, 10 mg
- J9296 Injection, pemetrexed (accord) not therapeutically equivalent to j9305, 10 mg
- J9297 Injection, pemetrexed (sandoz), not therapeutically equivalent to j9305, 10 mg
- K1035 Molecular diagnostic test reader, nonprescription self-administered and self-collected use, fda approved, authorized or cleared
- Actualizados. Efectivo Abril 1, 2023
 - A4628 Oral and/or oropharyngeal suction catheter, each
 - J1954 Injection, leuprolide acetate for depot suspension (ciplá), 7.5 mg
 - K1019 Supplies and accessories for external upper limb tremor stimulator of the peripheral nerves of the wrist
 - Q5108 Injection, pegfilgrastim-jmdb (fulphila), biosimilar, 0.5 mg
 - Q5111 Injection, pegfilgrastim-cbqv (udenycá), biosimilar, 0.5 mg
 - Q5120 Injection, pegfilgrastim-bmez (ziextenzo), biosimilar, 0.5 mg
- Descontinuados (no transferidos). Efectivo Abril 1, 2023
 - J0610
 - J0611
- Nuevos Modificadores. Efectivo Abril 1, 2023
 - JK Suministro de un mes o menos de drogas o biológicos
 - JL Suministro de tres meses de drogas o biológicos

6. Fin de la Emergencia de Salud Pública (PHE) por el COVID-19

- En Febrero 9 el Departamento de Salud declaró que la emergencia de salud pública por el COVID-19 termina el 11 de Mayo, 2023. Como el modificador “CR” solo debe usarse durante una PHE cuando exista una exención formal, no deberá usarse en las reclamaciones con fechas iniciales a partir de Mayo 12, 2023. Tampoco deberá usar le palabra “COVID-19” en la nota de la reclamación. El modificador “CR” puede ser necesario para una declaración de emergencia diferente, pero no para COVID-19.
- Para continuar con el pago de las reclamaciones por artículos DMEPOS entregados durante la PHE y para poder identificar las reclamaciones por suministros y accesorios asociados con artículos DMEPOS inicialmente despachados, entregados o afectados de cualquier otra manera por la PHE, los DME MAC están pidiendo a los proveedores que continúen usando el modificador “CR” (Catástrofe /relacionado con desastres) y la nota “COVID-19” en la reclamación, únicamente para estos artículos.
- Después de que se termine la emergencia de salud pública el 11 de Mayo, 2023, los proveedores requerirán un método para indicar que las reclamaciones por ciertos artículos de equipo médico duradero, prótesis, órtesis y suministros (DMEPOS) se excluyeron específicamente de la aplicación de las indicaciones clínicas de cobertura mencionado en las Reglas Finales Provisionales CMS-1744-IFC y CMS-5531-IFC.

- Las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD) y las Determinaciones de Cobertura Local (LCD) que fueron afectadas por estas reglas provisionales son:
 - Oxígeno (NCD 240.2 y L33797)
 - Bombas de infusión (NCD 280.14)
 - Equipos de presión positiva continua en las vías respiratorias para la apnea obstructiva del sueño (NCD 240.4 y L33718)
 - Ventilador de percusión intrapulmonar (NCD 240.5)
 - Lista de referencia de equipos médicos duraderos (NCD 280.1): Únicamente no se aplicaron las indicaciones clínicas para los ventiladores
 - Dispositivos orales para el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño (L33611)
 - Equipos de asistencia respiratoria (L33800)
 - Equipos mecánicos de inhalación y exhalación (L33795)
 - Equipos de oscilación de la pared torácica de alta frecuencia (L33785)
 - Nebulizadores (L33370)
 - Bombas de succión (L33612): Únicamente no se aplicaron las indicaciones clínicas para las bombas de succión respiratoria (E0600)
 - Monitores de glucosa (L33822): Únicamente no se aplicaron las indicaciones clínicas para los monitores continuos de glucosa (CGM)
 - Bombas de infusión externa (L33794)
- Para identificar las reclamaciones por suministros y accesorios asociados con artículos DMEPOS inicialmente despachados, entregados o afectados de otro modo por la PHE, los DME MAC están instruyendo a los proveedores para que continúen usando el modificador "CR" (relacionado con catástrofes/desastres) y la palabra COVID-19 en las notas de la reclamación.
- El modificador "CR" y nota COVID-19 pueden continuar usándose para cualquier artículo DMEPOS (en renta) y suministros/accesorios relacionados en los que el artículo base se entregó, entregó o se vio afectado inicialmente por la PHE (fechas de servicio el 1 de Marzo, hasta el 11 de Mayo, 2023) y específicamente excluidos de la aplicación de las indicaciones clínicas de cobertura a las que se hace referencia en las Reglas Finales Provisionales CMS-1744-IFC y CMS-5531-IFC.
- El uso del modificador "CR" y palabra COVID-19 tiene como objetivo permitir que los DME MAC implementen una nueva edición del sistema para los artículos DMEPOS entregados por la PHE y brinden la capacidad de identificar estas reclamaciones para una revisión futura, si se les indica.
- El modificador "CR" y la palabra "COVID-19" deben ingresarse en los segmentos NTE 2400 (nota de línea) o NTE 2300 (nota de la reclamación) del formulario "American National Standard Institute (ANSI X12)", en el campo 390-BM del formulario del "Consejo Nacional del Programa de Medicamentos Recetados (NCPDP)" o en la casilla 19 de las reclamaciones en papel.
- Además, los proveedores deben continuar facturando los modificadores "KX" y/o "CG", según corresponda, por cualquier artículo DMEPOS o suministro/accesorio relacionado despachado en las fechas de servicio entre el 1 de Marzo, 2020 y el 11 de Mayo, 2023 que se excluyeron específicamente de la aplicación de las indicaciones clínicas de cobertura a las que se hace referencia en las Reglas Finales Provisionales CMS-1744-IFC y CMS-5531-IFC.
- Como recordatorio, para las reclamaciones de oxígeno cubierto por Medicare antes del 1 de Abril, 2023, los proveedores pueden continuar usando el modificador "KX" o pueden usar los modificadores "N" para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de Abril, 2023. Esto es adicional al modificador "CR" y a la palabra "COVID-19" como se describe anteriormente.
- Para las reclamaciones iniciales de oxígeno o para los nuevos períodos de renta de oxígeno de 36 meses con fechas de servicio a partir del 1 de Abril, 2023, los proveedores deben usar el modificador "N1", "N2" o "N3" como se describe a continuación:
 - Modificador "N1" únicamente si todos los criterios en la sección de Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica de la LCD relacionada se han cumplido para los beneficiarios del Grupo I.
 - Modificador "N2" únicamente si todos los criterios en la sección de Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica de la LCD relacionada se han cumplido para los beneficiarios del Grupo II.
 - Modificador "N3" únicamente si todos los criterios en la sección de Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica de la LCD relacionada se han cumplido para los beneficiarios del Grupo III.
 - Además de los modificadores "N", los proveedores pueden usar el modificador "CR" y la palabra "COVID-19" como se describe anteriormente para las fechas de servicio a partir del 1 de Abril, 2023

hasta el 11 de Mayo, 2023. Si ninguno de los modificadores “N” aplica, los proveedores pueden continuar usando el modificador “CR” y la palabra “COVID-19” sin agregar un modificador “N”.

7. Reembolsos de los medicamentos de DME de la Parte B de Medicare por inflación

- A partir del 1 de Abril, 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, se ajustará para que el coaseguro del beneficiario se base en la cantidad menor ajustada por inflación. Este nuevo reembolso por inflación se aplica a ciertos medicamentos y productos biológicos de origen único de la Parte B de Medicare, incluidos los productos biológicos biosimilares. <https://www.cms.gov/files/document/reduced-coinsurance-part-b-rebatable-drugs-apr-1-june-30.pdf>
- A partir del 1 de Abril, 2023, se implementarán las siguientes reglas cuando el monto del pago de la Parte B de Medicare por un medicamento reembolsable de 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 por 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 %, al paciente se le cobrarán \$18.52
 - Por lo general, la parte del pago de Medicare a los profesionales 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 parte de Medicare sería 81.475 % u \$81.48 del monto del pago de la Parte B de Medicare
 - Los proveedores deben cobrar a los pacientes la cantidad correcta de coaseguro, la cual puede cambiar trimestralmente.

8. Nuevo formulario del ABN

- La Oficina de “Management and Budget” aprobó el formulario renovado para el ABN. La renovación expira el 31 de Enero, 2026. La fecha de expiración es el único cambio hecho al formulario y usted DEBERÁ usarlo a partir de Junio 30, 2023 cuando expire la versión anterior.

9. Facturación de la Insulina Administrada a Través de una Bomba de Infusión Externa

- A partir del 1 de Julio, 2023, el coaseguro de la Parte B por un suministro mensual de insulina (HCPCS J1817) utilizada en una bomba de insulina cubierta por el beneficio de DME no puede exceder los \$35 (según lo exige la Sección 11407 de la Ley de Reducción de la Inflación). Además, el deducible de la Parte B no se aplicará a la insulina a partir del 1 de Julio, 2023. El costo compartido estándar de Medicare se aplica a las bombas, la tubería y cualquier otro suministro. CMS ajustará los pagos a proveedores y farmacias para compensar el saldo del coaseguro reducido. Los proveedores seguirán recibiendo el monto del pago de Medicare por la insulina (precio de venta promedio más 6 %) menos cualquier coaseguro aplicable, el cual tiene un tope de \$35 por el suministro de un mes. Si se presenta más de una reclamación en el mismo mes, el tope de coaseguro se aplicará a la primera reclamación procesada. El coaseguro no excederá los \$35 por mes o \$105 por un suministro de 3 meses.
- Para asegurarse de que a los beneficiarios de Medicare no se les cobre más del coaseguro máximo de \$35 para el mes de Julio, no facture suministros de insulina para 3 meses durante Mayo o Junio. Para fechas de servicio de Mayo y Junio, solo facture suministros por 1 mes de J1817 a la vez.
- Entre Mayo 1 y Junio 30: Facture por un mes de insulina con el modificador JK
- A partir de Julio 1: Facture por un mes de insulina con el modificador JK o tres meses de insulina con el modificador JL



Educación en Español Programada para este Mes

- Mayo 2: **Prótesis de Extremidad Inferior**
- Mayo 4: **Ortesis de Columna Vertebral**
- Mayo 25: **Bombas de Infusión Externa y Bombas de Insulina**

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.



TALLER DEL DME EN PUERTO RICO

Tenemos el gusto de anunciarles que una vez mas estaremos realizando el taller presencial del DME en San Juan, Puerto Rico en la Oficina de CMS PR en la Torre de la Plaza de las Américas.

- Las inscripciones se abrirán pronto en CGS en Español/Recursos Educativos/Talleres y Seminarios
- No tiene ningún costo y estará abierto para todas las personas que deseen asistir
- Se realizará **SOLAMENTE UN DIA, Martes Mayo 16, 2023** de 7:30 am a 3:30pm
- Hemos tenido muchos cambios importantes durante los últimos meses, por lo tanto hablaremos acerca de documentación, actualizaciones, herramientas y estándares del proveedor de DME
- Será conducido en español por Liliana Hewlett



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. Abril 6: “PCG Provider Compliance Focus Group: Provider Compliance Activities Post-PHE – May 9”

En esta publicación se les informa a los proveedores que el Grupo de Enfoque de Cumplimiento de Proveedores de PCG de CMS quiere saber cómo puede CMS mejorar sus procesos y eliminar requisitos innecesarios de revisión médica y pre-autorizaciones.

Se reunirá es a través de Zoom el 9 de Mayo de 2023, de 1 p. m. a 4 p. m. ET y está abierto al público. Se anima a participar a médicos, profesionales no médicos, especialistas en facturación, proveedores y asociaciones. Si está interesado en asistir, regístrese antes de las 4 p.m. ET del miércoles 3 de Mayo, 2023 en <https://cpievents.cventevents.com/event/b60ecb7c-9150-4a75-955b-0756c865cf64/summary>

Para más información consulte esta publicación.

2. Abril 10: “Comprehensive Error Rate Testing (CERT) Review Contractor Company Name and Email Changed”

En esta publicación se les informa a los proveedores que el Contratista del CERT anteriormente conocido como NCI Information Systems, Inc. cambió el nombre de su empresa a Empower AI, Inc. Su dominio de correo electrónico es @empower.ai.

Puede revisar la información del cambio en la página de internet de CMS en <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Monitoring-Programs/Medicare-FFS-Compliance-Programs/CERT/InformationforProviders>

Dirección de correo electrónico para preguntas acerca de su solicitud de documentación CertProvider@empower.ai

Dirección de correo electrónico para enviar su documentación CertMail@empower.ai

Dirección Postal y teléfono

CERT Documentation Center
8701 Park Central Drive, Suite 400-A
Richmond, VA 23227
Fax: 804-261-8100
Customer Service Toll Free: 888-779-7477

Para más información consulte esta publicación.

- 3. Abril 11: “Upcoming Claim Status Inquiry (CSI) System Update”** En esta publicación se les informa a los proveedores que va a realizarse una actualización del sistema CSI que afectará a todos los usuarios a partir del viernes 5 de Mayo a las 5 p. m. CT. Esta actualización evitará que los usuarios entren a CSI hasta el lunes 8 de Mayo. Existe la posibilidad de que la actualización del sistema continúe hasta el martes 9 de Mayo. Durante las próximas 2 a 3 semanas, los usuarios de CSI recibirán una llamada telefónica de un representante de CGS que brindará información que garantizará el acceso continuo a su cuenta de CSI durante este tiempo de transición. Las personas que llamen desde CGS se identificarán como empleados de CGS y solicitarán hablar con el usuario de la cuenta. Además, le proporcionará una contraseña temporal que usará para iniciar sesión después del período de transición el martes 9 de Mayo. Al iniciar sesión con esta contraseña temporal, se le pedirá que cree una nueva contraseña para continuar usando su cuenta de CSI.

Además, CGS está implementando un nuevo proceso de recertificación anual que requerirá que los usuarios completen el Formulario PDF de recertificación de CSI. Debe completar este formulario antes del 31 de Julio, incluso si recientemente envió un formulario de recertificación. Si no lo hace, desactivará su acceso y deberá volver a registrarse. Asegúrese de completar todos los campos para asegurarse de que no haya problemas. El formulario lo encuentra en https://www.cgsmedicare.com/jc/claims/pdf/csi_be_userid_recert.pdf

A partir del 9 de Mayo, si tiene algún problema para iniciar sesión, llame a CGS al 615-660-5444 o envíe un correo electrónico a CGS.Medicare.OPID@cgsadmin.com

Para más información consulte esta publicación

- 4. Abril 13: “PureWick Urine Collection System – Coding and Billing Instructions – Revised”** En esta publicación se les informa a los proveedores que en 2020, PureWick Urine Collection System™ fabricado por Becton-Dickinson (BD) recibió un nuevo código HCPCS, K1006 (bomba de succión, modelo casero, portátil o estacionario, eléctrico, cualquier tipo, para uso con sistema externo de manejo de orina), a partir del 1 de Octubre, 2020. El sistema contiene cinco componentes según lo describe el fabricante: Una bomba de succión de orina, un recipiente para recoger la orina, tubería desde el recipiente de recolección hasta la bomba de succión, tubería desde el recipiente de recolección hasta el catéter externo y un dispositivo externo de recolección de orina.

Efectivo para las fechas de servicio a partir del 1 de Octubre, 2020, el código HCPCS para facturar la bomba de succión de orina es K1006

Efectivo para las fechas de servicio a partir del 23 de Septiembre, 2021 hasta el 31 de Marzo, 2023, el código HCPCS para facturar los accesorios es A9999. Cuando se proporcionan múltiples accesorios (por ejemplo, el recipiente de recolección de orina, el tubo colector, el tubo de la bomba y el dispositivo de recolección externo), debe codificar cada accesorio con A9999 en líneas separadas de la misma reclamación.

Efectivo para las fechas de servicio a partir del 1 de Abril, 2023, los códigos HCPCS para usar al facturar los accesorios son:

- A6590 (sondas urinarias externas; desechables, con material de capa, para uso con bomba de succión, por mes)
- A7001 (recipiente, no desechable, usado con bomba de succión, cada uno)
- A7002 (tubería, utilizada con bomba de succión, cada uno)

De acuerdo con la decisión final de codificación de HCPCS de CMS, publicada con el segundo ciclo bianual (B2) de codificación de HCPCS del 2022, el código A6590 HCPCS recientemente establecido (efectivo a partir del 1 de Abril, 2023) se usa para facturar los suministros mensuales de los catéteres externos. Los códigos HCPCS preexistentes A7001 y A7002 se usan para facturar el recipiente y el tubo (respectivamente).

Para más información consulte esta publicación

- 5. Abril 13: “Hospice and GW Modifier Prepayment Reviews”** En esta publicación se les informa a los proveedores que Revisión Médica de CGS ha iniciado una revisión de prepago de las reclamaciones para las cuales el modificador GW se ha agregado a la(s) línea(s) de la reclamación. El modificador GW se usa para indicar artículos o servicios que no están relacionados con la enfermedad terminal del beneficiario del Hospicio o una condición relacionada. El beneficio de Hospicio de Medicare se administra bajo la Parte A de Medicare e incluye artículos y servicios proporcionados para paliar o controlar las enfermedades terminales de un beneficiario y las condiciones relacionadas. Medicare le paga al Hospicio por los artículos DMEPOS proporcionados a los beneficiarios si los artículos son parte necesaria del tratamiento de su enfermedad terminal o condición relacionada. Si cumple con esta condición, el pago se incluye en el pago diario del Hospicio.

Los proveedores pueden facturar a los DME MAC por un artículo o servicio que no esté relacionado con la condición terminal del paciente de cuidados de Hospicio. Estos artículos o servicios se indican en la reclamación agregando el modificador GW a la línea del código en la reclamación. El uso del modificador GW significa que el artículo o servicio no está relacionado con la condición terminal del paciente de Hospicio.

Como lo señaló CMS y como se repitió en numerosas publicaciones y reglamentaciones de CMS relacionadas con el beneficio de cuidados de Hospicio, el pago de artículos y servicios por separado de los pagos por cuidados de Hospicio debe ser "excepcional e inusual" y los Hospicios están obligados a "brindar virtualmente todo el cuidado que necesiten los pacientes con enfermedades terminales".

Tenga en cuenta que usted debe mantener una comunicación estrecha con el proveedor de Hospicio para asegurarse de que el uso de GW sea apropiado y antes de usar el modificador GW, pídale al proveedor de Hospicio que le envíe el Anexo de la Declaración de Elección de Hospicio. Debe tener este documento en sus archivos antes de facturar cualquier artículo con el modificador GW. El Anexo a la Declaración de Elección de Hospicio, es un documento creado por CMS en el 2020 y está diseñado para proporcionar información esencial para que los pacientes, sus familias y cuidadores tomen decisiones acerca de la atención informadas y anticipen cualquier responsabilidad financiera asociada con los artículos, servicios y medicamentos necesarios que no se proporcionan bajo el Beneficio de Hospicio de Medicare. La lista de requisitos de este documento se encuentra en el Manual de las Políticas de los Beneficios de CMS, Capítulo 9, Sección 20.2.1 .2

<https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/bp102c09.pdf>

A continuación, están tres de los puntos importantes que el Hospicio debe incluir en el documento:

- Las condiciones del individuo presentes en la admisión al Hospicio (o al actualizar el plan de atención) y los artículos, servicios y medicamentos asociados que no están cubiertos por el Hospicio porque el Hospicio ha determinado que no están relacionados con la enfermedad terminal y las condiciones relacionadas
- Una explicación clínica por escrito, en un lenguaje que la persona (o representante) pueda entender, de por qué las condiciones, artículos, servicios y medicamentos identificados se consideran no relacionados con la enfermedad terminal de la persona y las condiciones relacionadas y no son necesarios para el control del dolor o los síntomas
- Referencias a cualquier práctica clínica relevante, política o guías de cobertura

Para más información consulte esta publicación

6. **Abril 14: “Signature Requirements on Proof of Delivery During the COVID-19 Pandemic”** En esta publicación se les informa a los proveedores que en respuesta a la pandemia de COVID-19, CMS renunció a los requisitos de firma en la documentación de prueba de entrega (POD) para las Fechas de Servicio (DOS) dentro de la Emergencia de Salud Pública (PHE) por la pandemia de COVID-19. Dada la naturaleza de la pandemia y la imposibilidad de recolectar firmas durante este tiempo, CMS no hizo cumplir el requisito de firma. Se recuerda a los proveedores que agreguen el modificador “CR” e incluyan la palabra “COVID-19” en todas las reclamaciones que se vean afectadas por la PHE de COVID-19, incluidas situaciones en las que no se puede obtener una firma en un documento POD.

Para más información consulte esta publicación

7. **Abril 24: “2023 DMEPOS HCPCS Code Jurisdiction List – April Update”** En esta publicación se les informa a los proveedores que la lista de los códigos HCPCS distribuidos de acuerdo con la responsabilidad de Parte A, Parte B o DME MAC ha sido publicada.

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. **Las siguientes cartas “Respetado Doctor” han sido actualizadas:** Las siguientes cartas han sido actualizadas de acuerdo con los requisitos de la LCD: CERT y Nutrición Enteral, Sillas de Ruedas Motorizadas y POV, Monitores para la Glucosa, Nebulizadores, Ortesis de Rodilla, Insulina administrada por bomba de infusión externa, Una forma sencilla de documentar la necesidad médica, continuación de la necesidad médica, extremidades artificiales y aparatos ortopédicos y AFO/KAFO.

Las encuentra en la sección de CGS en Español/Recursos de Revisión Médica/Cartas Respetado Doctor

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.
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, 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

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.



© Derechos de Autor 2023, CGS Administrators, LLC