



Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

1. **CGS Administrators, LLC ganó nuevamente como Contratista para el DME MAC de la Jurisdicción C**

Nos da mucho gusto comunicarles que los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron que CGS Administrators, LLC ha ganado nuevamente como Contratista para Equipo Médico Duradero, Ortesis y Prótesis para la Jurisdicción C. Este contrato es efectivo desde el 1 de Septiembre, 2020 hasta el 31 de Agosto, 2027.

CGS continuará dando servicio como Contratista de "Fee for Service" para 31,500 proveedores y 13 millones de beneficiarios en los estados/territorios de Alabama, Arkansas, Colorado, Florida, Georgia, Louisiana, Mississippi, New Mexico, Carolina del Norte, Oklahoma, Puerto Rico, Carolina del Sur, Tennessee, Texas, Islas Vírgenes Americanas, Virginia y Virginia del Oeste.

2. **Se retira la LCD (Local Coverage Determination) y el Artículo de la Política para Nutrición Enteral y Nutrición Parenteral**

Efectivo Noviembre 12, 2020 las LCD y los Artículos de la Política para Nutrición Enteral y para Nutrición Parenteral serán retirados debido a la evolución en los paradigmas de la nutrición.

La Nutrición Enteral y Parenteral están cubiertas bajo el Beneficio de Artículos Prostéticos (Social Security Act §1861(s)(8)) y su cobertura se encuentra en el Manual de las NCD (National Coverage Determinations) (CMS Pub. 100-03), Capítulo 1, Sección 180.2).

Después de que las LCD y los Artículos de la Política sean retirados, para obtener información acerca de los criterios de cobertura los proveedores deberán consultar la CMS NCD 180.2 "Enteral and Parenteral Nutritional Therapy" y las publicaciones a las que se hace referencia mas adelante en este boletín.

3. **Actualización del Manual del Proveedor**

Capítulo 3

- Todos los artículos que se facturen a Medicare requieren de una orden del profesional tratante como condición de pago
- Pueden incluirse en la SWO elementos adicionales que permitan clarificar el artículo ordenado, como la duración de la necesidad, frecuencia de uso, dosis, concentración, frecuencia de resurtidos, etc. La información adicional debe ser corroborada con el expediente médico. Los proveedores deben verificar y cumplir con los requisitos estatales locales para los elementos de una orden/prescripción.
- En el caso de los PMD, el mismo profesional tratante que conduce el examen cara a cara debe ser el que complete la orden SWO
- El profesional tratante debe especificar en la orden (SWO) o en el CMN, el tipo de suministros necesarios, la frecuencia de remplazo, de uso o de consumo
- En el caso de los PMD, el examen cara a cara puede documentar las condiciones clínicas para múltiples artículos DMEPOS. Aún si los artículos a los que hace referencia se ordenan en diferentes

fechas, el examen cara a cara puede utilizarse siempre y cuando las órdenes sean emitidas dentro del periodo de seis meses antes de la fecha de la orden

- Si el beneficiario tiene un POV y debe cambiarse a un PMD, un nuevo examen cara a cara deberá realizarse. Esto no es necesario cuando se ordenan solamente accesorios para los PMD o cuando va a remplazarse un PMD por otro igual.

Capítulo 9

- El beneficio de Medicare para terapia de infusión en casa, el cual es para la cobertura de los servicios profesionales para la administración intravenosa o subcutánea de ciertos medicamentos y biológicos a través de una bomba considerada como un artículo de DME, será efectivo a partir de Enero 1, 2021
- Para su conveniencia CGS ha preparado formularios para solicitar nuevas LCD o solicitar reconsideración de una LCD. Los enlaces a los formularios se encuentran en este capítulo
- Se actualizaron los métodos a través de los cuales usted puede enviar una solicitud de ADMC, por fax, por correo o electrónicamente. Adicionalmente, se actualizaron los requisitos que debe llevar una ADMC para sillas de ruedas
- Se actualizaron los métodos a través de los cuales usted puede enviar una solicitud de pre-autorización como condición para pago, por fax, por correo o electrónicamente
- Se agregó la información acerca de la pre-autorización como condición para pago para las prótesis de extremidad inferior

4. Actualización de las LCD y los Artículos de la Política

Opciones y Accesorios para Sillas de Ruedas

- Artículo de la Política
 - Se removió la referencia de los códigos ICD-10 para remplazo de E2398
 - Se revisó la columna II para remover el E2398 para sillas de ruedas manuales y motorizadas

Lentes Refractivos

- LCD
 - Se agregó el código HCPCS V2524 a los Códigos del Grupo 3, efectivo Octubre 1, 2020
- Artículo de la Política
 - Se agregaron las pautas para el código HCPCS V2524

Apósitos Quirúrgicos

- Artículo de la Política
 - Se revisó la información acerca de los productos elegibles, para incluir la definición de apósito primario y secundario
 - Se agregaron las pautas de codificación para los apósitos de Alginato u otra fibra de gel (A6196, A6197, A6198)
 - Se clarificó que los “fillers” de la herida se toman como apósitos primarios
 - Se clarificó que las cubiertas para las heridas se toman como apósitos primarios o secundarios
 - Se agregó la clarificación acerca del tamaño relacionado con los bordes adhesivos

Suministros Urológicos

- LCD
 - Se removió el código HCPCS A4335 de la referencia del equipo InFlow debido a la nueva codificación a partir de octubre 1, 2020
 - Se agregaron los códigos K1010, K1011 y K1012 (efectivos Octubre 1, 2020)
- Artículo de la Política
 - Se removió el código A4335 InFlow

- Se revisaron las guías de facturación del InFlow, HCPCS A4335 para fechas de servicio entre el 26 de Julio del 2020 y el 30 de septiembre del 2020 y código HCPCS K1010, K1011 y/o K1012 para las fechas de servicio de octubre 1, 2020 y posteriores
- Se agregó la guía para facturar los códigos K1010, K1011 y K1012

5. Revisiones Médicas Pospago

Códigos HCPCS L1902, L1906, L1971, L4396 y L4397 (AFO- Ortesis Tobillo Pie).

Les recordamos que es muy importante que respondan las cartas de solicitud de documentación adicional (ADR), la autorización para que CGS colecte información está incluida en la Ley Federal SSA 1833 (e) y en la Regulación Federal 42 CFR 424.5(a)(6). Los proveedores están violando el Estándar del Proveedor #28, cuando no envían esta documentación y por lo tanto no solo obtendrán una denegación, sino también pueden ser referidos al NSC (National Supplier Clearinghouse).

Su respuesta deberá incluir:

- La orden escrita del profesional tratante
- Documentación relevante de los expedientes médicos que permitan verificar que la reclamación por la órtesis de la extremidad inferior cumple con los requisitos estatutarios de los criterios de razonable y necesario definidos en la LCD y el Artículo de la Política “Ankle-Foot/Knee-Ankle-Foot Orthoses”
- Copia de los documentos del proveedor de las fechas en las cuales tuvo contacto directo con el paciente para evaluación, prueba y entrega de la órtesis
- Marca, modelo y número de modelo de la órtesis entregada
- Si el beneficiario tiene artículos iguales o similares, documentación que indique la razón por la cual el nuevo artículo es razonable y necesario
- Otra documentación relevante
- Copia del ABN (si se obtuvo)



Educación en Español Programada para este Mes

- Noviembre 5: Denegaciones y Apelaciones
- Noviembre 10: Equipos de Movimiento Pasivo continuo o CPM
- Noviembre 12: Bombas de Infusión Externa y Bombas de Insulina
- Noviembre 17: Prótesis de Extremidad Inferior
- Noviembre 18: Proceso de la Pre-autorización Obligatoria como Condición de Pago

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 click en “**Education**”
- **Haga click en “Spanish Lenguaje Webinars” y después en la fecha del Webinar en el que está interesado. Complete la información solicitada y confirme que la dirección de correo electrónico está correcta**, pues a esta le será enviada la invitación al webinar con las instrucciones de conexión y la copia de la presentación una vez haya terminado el webinar.



Noticias y Nuevas Publicaciones

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

- Haga click en “JC DME”

- **Al lado izquierdo** de la página haga click en “News and Publications”, después en “News” y por último sobre la publicación que desea consultar

Para esta edición tenemos:

1. **Octubre 9: “CMS Announces New Repayment Terms for Medicare Loans Made to Providers During COVID-19”** En esta publicación se les comunica a los proveedores que hay nuevos términos de pago que otorgan un año adicional para que los proveedores puedan pagar la deuda generada con el programa de pago anticipado (AAP) al cual muchos proveedores se acogieron por la emergencia de salud pública por COVID-19.

Para más información consulte esta publicación.

2. **Octubre 12: “Parenteral Nutrition – Correct Coding and Billing”** En esta publicación conjunta de los DME MAC se les recuerda a los proveedores que esta publicación es efectiva Noviembre 12, 2020. Encuentra los requisitos de la documentación para los nutrientes, el equipo y los suministros, información acerca del DIF, guías de codificación y los códigos HCPCS.

De manera muy enfática se pide a los proveedores que consulten esta publicación.

3. **Octubre 12: “Enteral Nutrition – Correct Coding and Billing”** En esta publicación conjunta de los DME MAC se les recuerda a los proveedores que esta publicación es efectiva Noviembre 12, 2020. Encuentra los requisitos de la documentación para los nutrientes, el equipo y los suministros, información acerca del DIF, guías de codificación y los códigos HCPCS.

De manera muy enfática se pide a los proveedores que consulten esta publicación

4. **Octubre 15: “Need Help Checking Medicare Eligibility?”** En esta publicación de CMS se les recuerda a los proveedores como saber si su paciente es elegible para Medicare.

Para más información consulte esta publicación MLN Fact Sheet “Checking Medicare Eligibility”.

5. **Octubre 15: “Trump Administration Drives Telehealth Services in Medicaid and Medicare”** En esta publicación de CMS se les informa a los proveedores que CMS ha agregado 11 nuevos servicios a los servicios de Telemedicina de Medicare. Medicare comenzará a pagar inmediatamente a los profesionales que provean este servicio mientras dure la PHE (Emergencia de Salud Pública).

Para más información consulte esta publicación

6. **Octubre 22: “Ankle-Foot Orthoses – Arizona-Type – Correct Coding – REVISED”** En esta publicación conjunta de los DME MAC se les recuerda a los proveedores que Arizona AFO es una empresa que fabrica una línea de órtesis de tobillo-pie a la medida. Otras empresas fabrican artículos similares. El PDAC (Contratista de Precio, Análisis de Datos y Codificación) ha enumerado la línea de productos de Arizona AFO dentro de la Lista de Clasificación de Productos o PCL.

Para obtener el listado de códigos HCPCS de acuerdo con el tipo de órtesis consulte esta publicación

7. **Octubre 22: “Correct Use of Not Otherwise Specified L-codes for Orthoses and Prostheses – Billing Reminder”** En esta publicación conjunta de los DME MAC se les recuerda a los proveedores el uso correcto del grupo de códigos “L” que están dentro de “No especificados de otra manera o NOS”. Normalmente estos códigos se conocen como “NOC”. Este artículo revisa los códigos “L” específicamente para órtesis y prótesis: L0999, L1499, L2999, L3649, L3999, L5999, L7499 y L8499.

Cada proveedor es responsable por la selección del código HCPCS que va a facturar según el artículo que haya entregado al beneficiario. Son útiles los recursos como las LCD, Artículos de la Política, artículos del DME-MAC, cartas de determinación de la codificación y DMECS, pero muchos productos disponibles en el mercado aún no han sido revisados. Para estos productos sin revisión se sugiere que consulte al PDAC para recibir asistencia con la codificación.

Si el proveedor decide facturar con un código NOC, este código describirá a un producto único que no tiene código “L” específico, por lo tanto, no debe usarse para facturar ninguna característica u opción incluida en un código “L” como por ejemplo tiempo usado en la fabricación, modificación o entrega.

Los códigos NOC facturados deben llevar la siguiente información en el “loop 2400”, el segmento NTE02 (NTE01=ADD) del ANSI X12N, versión 5010A1 o la casilla 19 de la reclamación en papel:

- Descripción del artículo
- Nombre del fabricante
- Nombre y número de producto
- Precio de lista (PL)
- HCPCS relacionado con el artículo, (si aplica)

Para obtener la lista de códigos NOC por tipo de artículo consulte esta publicación

8. Octubre 27: “Reasons for Non-Affirmed Prior Authorization for Lower Limb Prostheses” En esta publicación se les informa a los proveedores cuales son las razones para determinar como “no afirmativa” una solicitud de pre-autorización para prótesis de extremidad inferior.

- Orden incompleta o no se tiene una orden
- Expedientes médicos que no contienen la información suficiente acerca de la condición médica, la evolución clínica, el pronóstico, la naturaleza y extensión de las limitaciones, otras intervenciones terapéuticas y sus resultados, experiencias anteriores con artículos similares, etc.
- Expedientes médicos con una corrección o una nota posterior que no cumple con los principios de la documentación
- El expediente médico no está firmado por el autor (manual o electrónicamente)
- El expediente médico no muestra las habilidades funcionales actuales del beneficiario

Para más información consulte esta publicación

9. Octubre 28: “Prior Authorization of Pressure Reducing Support Surfaces – Tips for Suppliers and Providers” En esta publicación se les informa a los proveedores que se ha aumentado el número de solicitudes de pre-autorización para las superficies de apoyo (PRSS). En la Jurisdicción C se han recibido 4687 solicitudes y el 54.8% han sido declaradas como “no afirmativas”.

Las cinco razones más frecuentes para declarar a una pre-autorización por PRSS como “no afirmativa” son:

- El expediente médico no demuestra que el beneficiario tiene una úlcera por presión grande o múltiples úlceras por presión estado III o IV en el tronco o en la pelvis
- Los expedientes médicos contienen otro tipo de error
- Los expedientes médicos no indican que el beneficiario tiene múltiples úlceras por presión estado II en el troco o la pelvis
- El expediente médico no está firmado por el autor (manuscrita o electrónicamente)
- El expediente médico no demuestra que el beneficiario estaba bajo un programa de tratamiento integral por lo menos por un mes antes de ser colocado en una superficie de apoyo grupo 2

Para más información consulte esta publicación

10. Octubre 28: “New CMS Proposals Streamline Medicare Coverage, Payment, and Coding for Innovative New Technologies and Provide Beneficiaries with Diabetes Access to More Therapy Choices” En esta publicación se les informa a los proveedores acerca de esta propuesta que reducirá la carga administrativa de los proveedores.

En Octubre 27, CMS propuso una nueva política de pago y cobertura. La regulación propuesta expandiría la interpretación acerca de cuando las bombas de infusión externa son apropiadas para el uso en casa y pueden cubrirse como DME pagadas por la Parte B de Medicare, aumentando el acceso a los servicios de infusión de medicamentos en casa. Ampliaría la clasificación de las bombas de infusión externa incluyendo los casos en los que se requiera de la asistencia de un proveedor de terapia de infusión en casa, permitiéndole al beneficiario tener mas opciones de tratamiento en casa en lugar de tener que ir a la institución de salud.

Se reduciría el tiempo que se toma la clasificación de beneficios, determinación de precios y creación de códigos para factura, que podría pasar de seis meses a poder hacerse en el mismo día, lo cual facilitaría la cobertura y pago de nuevos artículos de DMEPOS y servicios.

Adicionalmente expandiría la cobertura y pago de los monitores continuos para la glucosa (CGM), se propone clasificar a todos los CGM (no solo a los terapéuticos) como DME y establecer tarifas de pago para el equipo, suministros y accesorios.

Para más información y para ver la regulación propuesta, consulte esta publicación

11. Octubre 15: “MUE Claim Alert Issue” En esta publicación se actualiza la situación con las reclamaciones denegadas con el código ANSI CO-151 Remark Code MA01.

- Reclamaciones Iniciales: Procesadas incorrectamente contra el valor MUE (Medically Unlikely Edit), dando como resultado el que algunas líneas de la reclamación se pagaran en cero.
 - Acción tomada por CGS: CGS comenzó a ajustar las reclamaciones denegadas incorrectamente en Octubre 12, 2020
- Ajuste de Reclamaciones (reaperturas, apelaciones, CARES Act o cualquier otra razón para ajuste):
 - Acción #1: Van a ser necesarias dos fases para corregir las decisiones hechas acerca de las reclamaciones. Primero CGS ajustará las reclamaciones retornándolas a su estado original sin generar una notificación de pago. La segunda fase de ajuste producirá las notificaciones y las decisiones correctas
 - Acción #2: Después de completar la primera fase de los ajustes, se completará la segunda fase tomando las decisiones correctas y emitiendo las notificaciones correctas
 - Acción #3: No todos los códigos CO-151 se procesaron incorrectamente, reconocemos que es difícil diferenciar entre las denegaciones CO-151 válidas y las que no lo son. Por lo tanto para aquellas reclamaciones con denegaciones CO-151 válidas, CGS emitirá nuevas cartas y la fecha de esa nueva carta será la fecha usada para determinar el plazo que usted tiene para enviar una apelación
 - Acción #4: Los proveedores que tengan deducción inmediata de sobrepagos en error, recibirán un reembolso siempre y cuando no tengan ningún otro sobrepago pendiente
- Acciones Requeridas por parte de los Proveedores:
 - En este momento los proveedores no necesitan hacer nada respecto a las reclamaciones afectadas, los ajustes o los sobrepagos

Para más información consulte esta publicación.



Nuevos 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 “Education” bajo “Noticias en Español”

1. **Herramienta para saber la razón de una denegación y las acciones a tomar.** La herramienta llamada “Claim Denial Resolution Tool-Español” ha sido actualizada. Esta herramienta le permite saber la razón específica de su denegación y la/las posibles acciones a tomar. La encuentra en <https://cgsmedicare.com> sección “Online Tools & Calculators”
2. **Manual del Usuario y Guía de Registro y Manejo de Cuenta de myCGS en español:** Estos documentos han sido actualizados de acuerdo con la nueva versión de myCGS. Visite <https://www.cgsmedicare.com> sección “myCGS”.
3. **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



ListServ

- Para estar **al tanto de las últimas actualizaciones y noticias de la Jurisdicción C en inglés, inscribese a nuestro ListServ.**
- **Para hacerlo**, ingrese a la página de Internet de CGS: <https://www.cgsmedicare.com> y haga click en **“JC DME”**
 - Al lado derecho de su pantalla haga click en “Quick Links” y después click en “Join the ListServ”
 - Complete la inscripción y
 - Haga click en “Register”

Verifique que su sistema de correo electrónico acepte correos de CGS. Estará recibiendo periódicamente un correo electrónico con los enlaces a todos los artículos.

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.

