



A CELERIAN GROUP COMPANY

CAMAS HOSPITALARIAS Y ACCESORIOS
Agosto 2023

We IMPACT lives.

Respetado Doctor,

Se deben cumplir los requisitos de documentación de necesidad médica de ciertos criterios de cobertura para que Medicare proporcione un reembolso por una cama hospitalaria y los accesorios relacionados. La siguiente información tiene como objetivo brindar orientación sobre la cobertura de Medicare y los requisitos de documentación para las camas hospitalarias y los accesorios relacionados.

Documentación de la Necesidad Médica

CMS requiere que la cama hospitalaria sea razonable y necesaria para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con una malformación. La información para respaldar la necesidad médica de la cama hospitalaria provendrá de su documentación y la de otros profesionales de la salud calificados. Si no se cumplen los criterios de cobertura descritos a continuación, la cama hospitalaria y los accesorios relacionados serán denegados por no ser razonables ni necesarios.

Criterios de Cobertura para la Cama Hospitalaria:

La *cama hospitalaria de altura fija* (E0250, E0251, E0290, E0291 y E0328) está cubierta si se cumplen uno o más de los siguientes criterios (1 a 4):

1. El beneficiario tiene una condición médica que requiere una posición del cuerpo que no es factible en una cama común. La elevación de la cabeza o la parte superior del cuerpo a menos de 30 grados generalmente no requiere el uso de una cama hospitalaria o
2. El beneficiario requiere una posición del cuerpo que no es factible en una cama normal para aliviar el dolor o
3. El beneficiario requiere que la cabecera de la cama esté elevada a más de 30 grados la mayor parte del tiempo debido a insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar crónica o problemas de aspiración o
4. El beneficiario requiere equipo de tracción, el cual sólo puede acomodarse en una cama hospitalaria

La *cama hospitalaria de altura variable* (E0255, E0256, E0292 y E0293) está cubierta si el beneficiario cumple con uno de los criterios para la cama hospitalaria de altura fija y requiere que la altura de la cama sea diferente a la de una cama hospitalaria de altura fija para permitir los traslados a una silla o silla de ruedas o ponerse de pie.

La *cama hospitalaria semi-eléctrica* (E0260, E0261, E0294, E0295 y E0329) está cubierta si el beneficiario cumple con uno de los criterios para la cama de altura fija y requiere cambios frecuentes en la posición del cuerpo y/o tiene una necesidad inmediata de un cambio en la posición del cuerpo.

La *cama hospitalaria extra ancha para trabajo pesado* (E0301, E0303) está cubierta si el beneficiario cumple con uno de los criterios para la cama hospitalaria de altura fija y el peso del beneficiario es superior a 350 libras, pero no excede las 600 libras.

La *cama hospitalaria de extra-trabajo pesado* (E0302, E0304) está cubierta si el beneficiario cumple con uno de los criterios para la cama hospitalaria y el peso del beneficiario excede las 600 libras.

La *cama hospitalaria totalmente eléctrica* (E0265, E0266, E0296 y E0297) no está cubierta. La función del ajuste de la altura es una característica de conveniencia. Las camas totalmente eléctricas se denegarán por no ser razonables ni necesarias.

Criterios de Cobertura para los Accesorios de la Cama Hospitalaria:

El *equipo de trapecio* (E0910, E0940) está cubierto si el beneficiario necesita este equipo para sentarse debido a una condición respiratoria, para cambiar la posición del cuerpo por otras razones médicas o para acostarse o levantarse de la cama.

El *equipo de trapecio de trabajo pesado* (E0911, E0912) está cubierto si el beneficiario cumple con los criterios para el equipo de trapecio regular y el peso del beneficiario es superior a 250 libras.

El *arco para la cama* (E0280) está cubierto cuando es necesario evitar el contacto con las mantas de la cama.

Las *barandillas laterales* (E0305, E0310) o las *mallas de seguridad* (E0316) están cubiertas cuando son requeridas por la condición del beneficiario y son parte integral o accesorios de una cama hospitalaria cubierta.

Si la condición de un beneficiario requiere de un colchón con resortes internos (E0271) o un colchón de goma espuma (E0272) de reemplazo, este estará cubierto para la cama hospitalaria que es de propiedad del beneficiario.

Este resumen no pretende reemplazar las leyes escritas, los reglamentos, las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD) ni las Determinaciones de Cobertura Local (LCD). Los requisitos de cobertura, codificación y documentación se pueden encontrar en la LCD de "Hospital Beds And Accesories" <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/lcd.aspx?LCDId=33820> y en el Artículo de la Política relacionado <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/article.aspx?articleid=52508>, localizados en la base de Datos de Cobertura de Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database>.

Su participación y cooperación con el proveedor en este proceso permitirá que su paciente reciba el tipo de equipo más adecuado. Agradecemos todos sus esfuerzos para brindar servicios de calidad a sus pacientes de Medicare.

Sinceramente,

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

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

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

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