



A CELERIAN GROUP COMPANY

MONITORES CONTINUOS PARA LA GLUCOSA
Revisado octubre 2024

We IMPACT lives.

Respetado Doctor,

Medicare cubre ciertos monitores continuos de la glucosa (CGM) bajo el beneficio de Equipo Médico Duradero (DME).

La siguiente información tiene como objetivo brindarle un resumen de la guía sobre los criterios de cobertura y los requisitos de documentación de Medicare para un equipo de monitorización continua de la glucosa y los suministros relacionados cuando el beneficiario utiliza un receptor independiente o una bomba de infusión de insulina para ver los resultados de glucosa. Además, la cobertura de Medicare está disponible para el equipo de monitorización continua de la glucosa si se utiliza un equipo que no sea un equipo médico duradero (reloj, teléfono inteligente, tableta, computadora portátil, etc.) junto con el equipo médico duradero que cumple la función de receptor de monitorización continua de glucosa. Los siguientes son ejemplos de esta disposición:

1. La cobertura de Medicare de los suministros de CGM está disponible cuando un paciente utiliza un equipo médico duradero que cumple la función de receptor para mostrar sus datos de glucosa y también transmite esos datos a un cuidador a través de un teléfono inteligente u otro receptor que no sea DME
2. La cobertura de Medicare de los suministros del sistema CGM está disponible cuando un paciente usa un equipo médico duradero que cumple la función de receptor algunos días para revisar sus datos de glucosa, pero usa un dispositivo que no es DME en otros

Si el paciente nunca usa un receptor DME o una bomba de infusión de insulina para mostrar los datos de glucosa del CGM, Medicare no cubre la asignación por el suministro.

Cobertura Inicial

Los monitores CGM y los suministros relacionados, están cubiertos por Medicare cuando todos los siguientes criterios se cumplen (1 a 5):

1. El paciente tiene diabetes mellitus y
2. El médico tratante del paciente ha llegado a la conclusión de que el paciente (o el cuidador del paciente) tiene suficiente entrenamiento en el uso del CGM ordenado, así como se demuestra al proporcionar una orden y
3. El CGM se ha ordenado de acuerdo con las indicaciones de uso de la FDA y
4. El paciente a quien se le ordena un CGM para mejorar el control de la glicemia cumple al menos uno de los siguientes criterios:
 - A. El paciente está siendo tratado con insulina o
 - B. El paciente tiene antecedentes de hipoglicemia problemática con documentación de al menos uno de los siguientes:

- Eventos hipoglicémicos de nivel 2 recurrentes (más de uno) (glucosa <54 mg/dL (3.0 mmol/L)) que persisten a pesar de múltiples (más de uno) intentos de ajustar los medicamentos o modificar el plan de tratamiento de la diabetes o
 - Antecedentes de un evento de hipoglicemia de nivel 3 (glucosa <54 mg/dL (3.0 mmol/L)) caracterizado por alteración del estado mental o físico que requiere asistencia de terceros para el tratamiento de la hipoglucemia
5. Dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de la orden del CGM, el profesional tratante tuvo una visita con el paciente en persona o a través de telesalud aprobada por Medicare para evaluar el control de su diabetes y determinar que se cumplen los criterios anteriores (1-4).

Si el CGM funciona junto con una bomba de infusión de insulina externa (P. Ej., si el CGM está integrado a una bomba de infusión externa de insulina), se deben cumplir los criterios de cobertura para la bomba de infusión externa de insulina además de los criterios de cobertura del CGM (1 -5) mencionados anteriormente. (Consulte la Determinación de Cobertura Local (LCD) de “*External Infusion Pumps*” (L33794) para conocer los requisitos de cobertura de la bomba de infusión de insulina).

Cuando se cubre un CGM, también están cubiertos los suministros relacionados.

Continuación de la Cobertura

Para que Medicare continúe cubriendo los CGM y los suministros relacionados, cada seis (6) meses después de la orden inicial del CGM, el profesional tratante debe tener una visita con el paciente en persona o a través de telesalud aprobada por Medicare para documentar el cumplimiento de su régimen con el CGM y con plan de tratamiento de la diabetes.

Documentación de la Necesidad Médica

La visita en persona o a través de telesalud aprobada por Medicare con el profesional tratante es requerida como parte de la provisión inicial del CGM y debe haber suficiente documentación en el expediente médico del paciente como para determinar que todos los criterios de cobertura inicial se han cumplido.

Para el criterio de cobertura inicial 4B, el expediente médico del profesional tratante debe documentar que el paciente tiene antecedentes de hipoglicemia problemática consistente con uno de los siguientes grupos de cobertura:

- 1. Pacientes con diabetes no tratada con insulina y antecedentes de eventos hipoglicémicos de nivel 2 recurrentes (más de uno):**
 - a. El profesional tratante debe documentar en el expediente médico al menos uno de los siguientes para cada evento:
 - i. Los valores de glucosa para los eventos de calificación (glucosa <54 mg/dL (3.0 mmol/L)) o
 - ii. Clasificación del (de los) episodio(s) de hipoglucemia como evento(s) de nivel 2 o

- iii. Incorporar una copia del registro de pruebas con el BGM del paciente en el expediente médico que refleje los eventos específicos que califiquen (glucosa <54 mg/dL (3.0 mmol/L)) y
 - b. Documentación de más de un ajuste previo del medicamento o una modificación del plan de tratamiento (como aumentar la meta del A1c) antes del evento de nivel dos más reciente
- 2. Pacientes con diabetes no tratada con insulina y antecedentes de al menos un evento de hipoglucemia de nivel 3:**
- a. El profesional tratante debe documentar en el expediente médico al menos uno de los siguientes:
 - i. El valor de glucosa para el evento de clasificación (glucosa <54 mg/dL (3.0 mmol/L)) o
 - ii. Clasificación del episodio de hipoglucemia como evento de nivel 3 o
 - iii. Incorporar una copia del registro de pruebas con el BGM del paciente en el expediente médico que refleje el evento específico que califique (glucosa <54 mg/dL (3.0 mmol/L)) y
 - b. Una indicación en el expediente médico de que el paciente requirió asistencia de terceros para su tratamiento

Para las visitas posteriores en persona o a través de telesalud aprobada por Medicare con el profesional tratante que se requieren como parte de la continuación en la cobertura del CGM, debe haber suficiente información en el expediente médico del paciente como para determinar que se han cumplido los requisitos de la continuación de la cobertura.

Suministros para los Equipos de CGM

Medicare paga una asignación por los suministros utilizados con un sistema de CGM cubierto. La asignación de suministro (código A4238 o A4239) es una asignación mensual que se podrá facturar hasta un máximo de tres (3) unidades de servicio (UOS) por cada noventa (90) días y los proveedores no podrán dispensar más de noventa (90) días de suministro. Se deben proporcionar al paciente suministros suficientes para que duren al menos treinta (30) días de terapia.

La asignación de suministros para un CGM no complementario abarca todos los artículos necesarios para el uso del equipo. Los elementos que se consideran necesarios para el uso del equipo CGM no complementario incluyen, entre otros: sensores CGM, transmisores CGM, BGM de uso en casa y suministros relacionados (tirillas reactivas, lancetas, dispositivo de punción, solución de calibración y baterías).

La asignación de suministros para un CGM complementario abarca todos los elementos necesarios para el uso del equipo. Los elementos que se consideran necesarios para el uso del equipo CGM complementario incluyen, entre otros, sensores y transmisores para el CGM. La asignación de suministro para un equipo CGM complementario no incluye el BGM ni los suministros de prueba del BGM (tirillas reactivas, lancetas, dispositivo de punción, solución de calibración y baterías).

Este artículo solo pretende ser un resumen general. No tiene como intención reemplazar la ley, regulaciones o las determinaciones de cobertura nacional (NCD) o local (LCD). Los requisitos de

cobertura, codificación y documentación para los equipos CGM pueden encontrarse en la LCD de “*Glucose Monitors*” que se encuentra en la página de internet de CGS en: “*Medicare Coverage Database*” <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/lcd-details.aspx?LCDId=33822>

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, DABFM
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción D
Noridian Healthcare Solutions, LLC