

Respetado Doctor,

Las órtesis de rodilla han sido de manera consistente una de las principales causas de errores en las revisiones médicas realizadas por los Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero de Medicare (DME MAC) y por el Contratista de Evaluación Integral de las Tasas de Error (CERT). Sabemos que los médicos que ordenan son los proveedores críticos de la documentación que respalda la necesidad médica de los equipos médicos duraderos, prótesis, órtesis y suministros (DMEPOS). La siguiente información pretende brindarle un resumen de los parámetros de cobertura de Medicare y los requisitos de la documentación para las órtesis de rodilla.

Cobertura

Las órtesis de rodilla están cubiertas bajo el beneficio de Aparatos Ortopédicos de Medicare “Medicare Braces Benefit” (Social Security Act §1861(s)(9)). Para que haya cobertura bajo este beneficio la órtesis tiene que:

- Ser un artículo rígido o semirrígido y
- Ser usado para darle soporte a un miembro débil o deformado o para restringir o eliminar el movimiento de una parte del cuerpo enferma o lesionada

Los artículos que no son lo suficientemente rígidos como para poder proveer la inmovilización necesaria o el soporte a la parte del cuerpo para la cual fueron diseñados, no cumplen con la definición estatutaria del Beneficio de los Aparatos Ortopédicos. Los artículos que no cumplen esa definición de aparato ortopédico están estatutariamente no cubiertos y no hay beneficio.

Documentación de la Necesidad Médica

CMS requiere que la órtesis de rodilla sea razonable y necesaria para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con una malformación. La información para respaldar la necesidad médica de la órtesis provendrá de su documentación y la de otros profesionales de la salud calificados. Para que ciertos tipos de órtesis de rodilla sean cubiertos para su paciente, se deben cumplir los siguientes criterios de cobertura. Los criterios son específicos para cada tipo de órtesis.

A continuación, se proporciona un resumen de los criterios de cobertura para ciertos tipos de órtesis de rodilla e información adicional relacionada con la pre-autorización, el encuentro cara a cara requerido y la WOPD.

Lista de Pre-Autorización Obligatoria, Encuentro Cara a Cara Obligatorio y Orden Escrita Antes de la Entrega

Algunas de las órtesis han sido incluidas dentro del programa de pre-autorización requerida de CMS y dentro de la lista de CMS de los códigos que requieren un encuentro cara a cara (con un profesional calificado) y una orden escrita antes de la entrega (WOPD). Los productos codificados como L1832, L1843, L1845 y L1851 son las órtesis afectadas incluidas en la Lista de Pre-Autorización Requerida de CMS. Los productos codificados como L1832, L1843, L1845, L1851 y L1852 son las órtesis de rodilla afectadas incluidas en la lista de CMS de Encuentro Cara a Cara Requerido y en la lista de Orden Escrita Antes de la Entrega.

La inclusión en la lista de Encuentro Cara a Cara Requerido y Orden Escrita Antes de la Entrega significa que el proveedor debe obtener una copia del expediente médico con el encuentro cara a cara y una copia de la orden escrita estándar antes de entregar la órtesis a su paciente.

La inclusión en el programa de Pre-Autorización Requerida significa que el proveedor debe enviar la documentación necesaria al DME MAC para revisión y determinación provisional de cobertura.

La pre-autorización es requerida como una condición del pago a menos de que la provisión de la órtesis califique para una excepción.

Las excepciones al requisito de la pre-autorización incluyen (1) excepción de la provisión de la órtesis por un proveedor bajo el programa de la subasta competitiva “Competitive Bidding” y (2) situaciones en las cuales los expedientes médicos respaldan que el envío de la solicitud de pre-autorización (aun si es procesada de manera acelerada por el DME MAC) resultaría en un retraso en el cuidado que representaría un riesgo para la salud o la vida del beneficiario.

Resumen de los Criterios de Cobertura

Prefabricada Códigos HCPCS (L1810, L1812, L1820):

La cobertura requiere que su documentación muestre que el paciente tiene debilidad o deformidad de la rodilla y necesita estabilización.

Prefabricada Códigos HCPCS L1832, L1833, L1843, L1845, L1851, L1852 y Hechas a la Medida Códigos HCPCS L1844, L1846:

Hay dos posibles vías hacia la cobertura:

1. Procedimiento quirúrgico o lesión reciente: requiere que su documentación demuestre que el paciente ha tenido una lesión reciente o un procedimiento quirúrgico en la(s) rodilla(s). Adicionalmente la necesidad médica debe ser respaldada por uno de los códigos ICD-10 del Grupo 2 o 4 localizados en el Artículo de la Política relacionado con la Determinación de Cobertura Local (LCD) de Ortesis de Rodilla (A52465)
2. Ambulatorio y con inestabilidad de la rodilla: requiere que su documentación demuestre que el paciente es ambulatorio y tiene inestabilidad en la rodilla. Se requiere su examen del paciente y su descripción objetiva de la laxitud de la rodilla (Ej. inestabilidad por varus/valgus, test de Drawer anterior y posterior). Adicionalmente la necesidad médica debe ser respaldada por uno de los códigos ICD-10 del Grupo 4 enumerados en el Artículo de la Política de Ortesis de Rodilla (A52465)

Prefabricadas Códigos HCPCS L1831 y L1836:

La cobertura requiere que su documentación demuestre que el paciente tiene contracturas de flexión o extensión de la rodilla con movimiento de por lo menos 10 grados en el examen de medición del rango de movimiento pasivo (P. Ej. contractura no fija). Adicionalmente la necesidad médica debe ser respaldada con uno de los códigos ICD-10 del Grupo 1 (localizados en el Artículo de la Política de Ortesis de Rodilla (A52465)).

Prefabricada Código L1830 y Hecha a la Medida Código HCPCS L1834:

La cobertura requiere que el beneficiario haya sufrido una lesión reciente o se le haya realizado un procedimiento quirúrgico en la(s) rodilla(s). Adicionalmente, la necesidad médica debe estar respaldada por uno de los códigos ICD-10-CM de los códigos del Grupo 2 o 4 ubicados en el Artículo de la Política relacionado con LCD de Ortesis de Rodilla (A52465).

Prefabricada Código HCPCS L1850:

La cobertura requiere que la documentación demuestre que el paciente es ambulatorio y tiene inestabilidad de rodilla debido a genu recurvatum-rodilla hiperextendida, congénita o adquirida. Se requiere el examen del paciente y una descripción objetiva de la laxitud articular (como inestabilidad en varo/valgo, prueba de Drawer anterior/posterior). Adicionalmente, la necesidad médica debe estar respaldada por uno de los códigos ICD-10-CM del Grupo 5 enumerados en el Artículo de Política relacionado con LCD de Ortesis de Rodilla (A52465).

Para cualquier órtesis, la documentación únicamente del dolor o una descripción subjetiva de inestabilidad articular no cumple con los criterios de cobertura.

Documentación de la Ortesis de Rodilla Hecha a la Medida (Códigos HCPCS L1834, L1840, L1844, L1846, L1860):

Las órtesis de rodilla hechas a la medida tienen los mismos criterios de cobertura básicos de las órtesis prefabricadas del mismo tipo. Sin embargo, debe también haber documentación en su expediente que medicamente describa porqué su paciente necesita un artículo hecho a la medida en lugar de una órtesis de rodilla prefabricada.

Algunos ejemplos de situaciones en las cuales se cumplen los criterios para una órtesis de rodilla hecha a la medida son, entre otros; deformación de la pierna o la rodilla, tamaño del muslo o de la parte posterior de la pierna y masa muscular mínima sobre la cual se suspende la órtesis.

Este es un corto resumen de los requisitos de la LCD de Ortesis de Rodilla (Knee Orthoses) L33318y del Artículo de la Política Relacionado (A52465), así como una descripción general del impacto de la Pre-Autorización y de la lista del Encuentro Cara a Cara requerido y de la Orden Escrita Antes de la Entrega. Por favor refiérase a la LCD completa de Ortesis de Rodilla (Knee Orthoses) L33318 y a los Artículos de la Política relacionados (A52465 y A55426) en la base de datos de la cobertura de Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database> . Para información detallada acerca de los requisitos de la pre-autorización, revise la página de internet del DME MAC dedicada a la pre-autorización <https://www.cgsmedicare.com/jc/pa/index.html> Para información detallada acerca de los requisitos del cara a cara y de la orden escrita antes de la entrega, revise la página de internet de CMS acerca de los requisitos de la Orden y del Encuentro Cara a Cara para Equipo Médico Duradero, Prótesis, Ortesis y Suministros (DMEPOS) <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Monitoring-Programs/Medicare-FFS-Compliance-Programs/Medical-Review/FacetoFaceEncounterRequirementforCertainDurableMedicalEquipment> . Lo alentamos a que revise la totalidad de estos recursos, para obtener una descripción completa de la cobertura, la codificación y los requisitos de la documentación.

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