



A CELERIAN GROUP COMPANY

EQUIPO DE PRESION POSITIVA PARA LA VIA AEREA (PAP): CALIFICACION INICIAL
Revisado octubre 2024

We IMPACT lives.

Respetado Doctor,

Para que Medicare proporcione reembolso por los equipos de presión positiva para la vía aérea (PAP) utilizados para tratar la apnea obstructiva del sueño (OSA), se deben cumplir los requisitos de documentación de la necesidad médica para los criterios de cobertura. La siguiente información tiene como objetivo brindarle una guía resumida sobre los criterios de cobertura de Medicare y los requisitos de documentación para los equipos de PAP.

Una carta "Respetado Doctor" separada aborda la documentación necesaria para que su paciente reciba un equipo PAP de reemplazo o los suministros que se entregan de forma continua.

Calificación Inicial

Los requisitos de documentación para la cobertura del PAP para OSA para su paciente diagnosticado por primera vez con OSA después de haberse vuelto elegible para Medicare son:

- Evaluación clínica: debe haber una evaluación en persona o a través de telemedicina aprobada por Medicare con su paciente antes del estudio de sueño. Este generalmente debe incluir los siguientes elementos:
 1. Historia del sueño y de los síntomas que pueden ser causados por la OSA
 2. Examen físico pertinente como el índice de masa corporal, circunferencia del cuello, examen de la vía aérea superior y un examen que se enfoque en el sistema cardiopulmonar
 3. Escala de Somnolencia de Epworth (cuestionario estandarizado para el paciente que le ayuda a evaluar la posibilidad de apnea del sueño) u otro inventario del sueño válido. (la Escala de Somnolencia de Epworth se puede encontrar en la sección de Apéndices de la Determinación de Cobertura Local (LCD) de PAP para el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño “*Positive Airway Pressure (PAP) Devices for the Treatment of Obstructive Sleep Apnea*” .
- Un polisomnograma realizado en el laboratorio de una facilidad (estudio Tipo I) o una prueba de sueño para pacientes internados en un hospital (Tipos II, III, IV, otros) o en el hogar (HST). Los resultados de la prueba del sueño deben cumplir cualquiera de los siguientes criterios (1 o 2):
 1. El índice de apnea-hipopnea (IAH) o el índice de alteración respiratoria (RDI) es mayor o igual a 15 eventos por hora con un mínimo de 30 eventos o
 2. El AHI o RDI es mayor o igual a 5 y menor o igual a 14 eventos por hora con un mínimo de 10 eventos y hay documentación de:
 - a) Somnolencia diurna excesiva, deterioro cognitivo, trastornos del estado de ánimo o insomnio o
 - b) Hipertensión, cardiopatía isquémica o antecedentes de accidente cerebrovascular

Nota: Las reglas de cobertura y pago para los estudios de diagnóstico del sueño se pueden encontrar en la Determinación de Cobertura Nacional [NCD] 240.4.1 de CMS [Pub. 100-03, Capítulo 1, Parte 4], las LCD MAC A/B aplicables y los artículos de facturación y codificación.

- Una orden escrita estándar (SWO) para el equipo de PAP y cualquier accesorio o suministro relacionado
- Documentación del proveedor de que el beneficiario o su cuidador han recibido instrucciones del proveedor del equipo sobre el uso y cuidado adecuados del equipo.

Continuación de la Cobertura

La continuación de la cobertura del equipo de PAP más allá de periodo inicial de prueba de tres (3) meses, requiere que el profesional tratante conduzca una reevaluación clínica no antes del día 31 pero no después del día 91 después de iniciada la terapia y el profesional tratante debe documentar que su paciente se está beneficiando con la terapia del PAP. Esto se demuestra a través de:

1. Reevaluación clínica: una visita de su paciente en persona o a través de Telemedicina aprobada por Medicare durante el segundo o tercer mes del periodo de prueba (pero no antes de ese momento) que documente la mejoría en los síntomas respiratorios del desorden del sueño y
2. La revisión de la evidencia objetiva del cumplimiento con la terapia del equipo de PAP, revisión hecha por usted, la cual documenta el uso del PAP por lo menos por cuatro (4) horas por noche en el 70% de las noches de un periodo consecutivo de treinta (30) días durante el periodo de prueba (P. Ej., 21 noches en un periodo consecutivo de 30 días)

Es crítico permanecer en comunicación con la compañía de DME de su paciente o rastrear el cumplimiento usted mismo, de esa forma una vez que su paciente logra los 30 días de cumplimiento de la terapia puede programar una visita de seguimiento dentro del plazo que va entre el día 31 y el día 90.

Este artículo pretende ser un resumen general. 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 “Positive Airway Pressure (PAP) Devices for the Treatment of Obstructive Sleep Apnea” (L33718) y en el Artículo de la Política relacionado (A52467), localizados en la base de Datos de Cobertura de Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database>

Los proveedores de prótesis, ortesis y suministros de equipos médicos duraderos (DMEPOS) son sus socios en el cuidado de su paciente. Ellos no recibirán pago de Medicare por los artículos ordenados para su paciente si usted no le proporciona la información del expediente médico del paciente al proveedor cuando se solicita. Además, si no le proporciona al proveedor la información solicitada, es posible que su paciente tenga que pagar por el artículo. Finalmente, su cooperación es un requisito legal como se describe en la Ley de Seguridad Social (*Social Security Act*), que es la ley que rige Medicare. Ayude a su proveedor de DMEPOS a continuar brindando la más alta calidad de servicio a su paciente entregándole rápidamente la información solicitada.

Su participación y cooperación con el proveedor en este proceso permitirá que su paciente reciba el tipo de equipo más adecuado. Apreciamos 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, DABFM
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción D
Noridian Healthcare Solutions, LLC