



A CELERIAN GROUP COMPANY

**EQUIPOS DE ASISTENCIA RESPIRATORIA (RAD) PARA APNEA
DEL SUEÑO CENTRAL O APNEA DEL SUEÑO COMPLEJA**

Revisada noviembre 2025

We IMPACT lives.

Respetado Doctor,

Medicare provee reembolso por los equipos de presión positiva para la vía aérea de dos niveles (PAP) con o sin frecuencia de respaldo, para el tratamiento de la Apnea central del Sueño (CSA) o la Apnea Compleja del Sueño (CompSA) cuando se cumplen ciertos criterios de cobertura específicos. La cobertura también está disponible para los pacientes con diagnósticos de ciertos desórdenes torácicos restrictivos (P. Ej. enfermedades neuromusculares o anomalías severas de la caja torácica), síndrome de hipoventilación y falla respiratoria crónica (CRF) como consecuencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD). La información incluida en esta carta tiene la intención de ayudarle a documentar que su paciente cumple con los criterios de Medicare para la cobertura inicial de un equipo de asistencia respiratoria (RAD) para su paciente con CSA o CompSA. Están disponibles otras cartas “*Respetado Doctor*” acerca de los criterios de cobertura para los otros diagnósticos.

Los requisitos para la cobertura de un equipo de RAD para CSA o CompSA están descritos en el siguiente extracto de la LCD de RAD. Un RAD está cubierto para pacientes que cumplan con ambos criterios A y B:

A. Diagnóstico de CSA o CompSA y

1. La CSA está definida por todo lo siguiente:

1. Un índice de apnea-hipopnea (AHI) mayor o igual a 5 y
2. La suma total de las apneas centrales más las hipopneas centrales es mayor del 50% del total de las apneas e hipopneas y
3. El índice de apnea central-hipopnea central (CAHI) es mayor o igual a 5 por hora y
4. La presencia de por lo menos una de las siguientes condiciones:
 - Somnolencia, dificultad iniciando o manteniendo el sueño, se despierta frecuentemente o sueño no reparador, despierta corto de respiración, ronquidos o apneas presenciadas por un testigo
5. No hay evidencia de hipoventilación diurna o nocturna

2. La CompSA es una forma de apnea central específicamente identificada por todo lo siguiente:

1. Con el uso de un equipo de PAP sin frecuencia de respaldo (E0601 o E0470), el polisomnograma (PSG) muestra un patrón de apneas e hipopneas que demuestra la persistencia o aparición de apneas centrales o hipopneas centrales, después de la exposición al CPAP (E0601) o al equipo de dos niveles sin frecuencia de respaldo (E0470), cuando se evalúa en el punto en donde los eventos obstructivos han sido tratados efectivamente (AHI obstructivo menor de 5 por hora).
2. Después de la resolución de los eventos obstructivos, la suma total de las apneas centrales más las hipopneas centrales es mayor del 50% del total de apneas e hipopneas y
3. Después de la resolución de los eventos obstructivos el CAHI es mayor o igual a 5 por hora.

B. Mejoría significativa de la hipoventilación asociada con el sueño con el uso un equipo E0470 o un E0471 a los parámetros que fueron recetados para el uso inicial en casa mientras el paciente respira a la FIO2 recetada.



En el caso de una auditoría, su expediente médico puede ser usado para demostrar que los criterios anteriores se cumplen para su paciente. Lo animamos a que en su expediente mencione a fondo todos los requisitos que apliquen en el momento en el cual usted está recetando el equipo de RAD.

Adicionalmente a los requisitos de cobertura inicial discutidos anteriormente, todos los pacientes que estén usando un RAD deben tener una reevaluación durante el tercer mes de uso. La evaluación debe ser documentada en su expediente, para que Medicare continúe pagando por el RAD después del tercer mes. Los requisitos de la reevaluación son:

No antes del día 61 después de haber iniciado la terapia, usted debe conducir una reevaluación clínica y documentar que su paciente cumple con el uso y se beneficia con la terapia con RAD. Esto se demuestra con:

- Una visita con su paciente en persona o a través de Telemedicina aprobada por Medicare el día 61 o posteriormente después de iniciado el uso (no antes del día 61) que demuestre:
 - Documentación en el expediente médico acerca del progreso de los síntomas relevantes y el uso del equipo por parte del paciente hasta ese momento.
 - Una declaración firmada y con fecha de firma elaborada por el profesional tratante no antes de los 61 días después de haber iniciado el uso del equipo, declarando que el paciente está en cumplimiento con el uso del equipo (un promedio de 4 horas en un periodo de 24 horas) y que el paciente se beneficia con su uso

Es importante permanecer en comunicación con la compañía de DME de su paciente o usted mismo rastrear el cumplimiento, para que de esa manera su pueda programar la visita de seguimiento no antes de los 61 días después de iniciada la terapia.

Esta carta solamente brinda detalles limitados de la cobertura del RAD para CSA y CompSA. Revise la LCD de los Equipos de Asistencia Respiratoria, el Artículo de la Política y el Artículo de Documentación Estándar para Todas las Reclamaciones Enviadas a los DME MAC, para obtener información adicional acerca de los requisitos de cobertura de Medicare, codificación y documentación.

Sinceramente,

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

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

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

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