



Prótesis de Extremidad Inferior

DOCUMENTACION REQUERIDA

Orden Escrita Estándar (SWO)

Nombre del beneficiario o MBI (Medicare Beneficiary Identifier)

Descripción general del artículo

La descripción puede ser general (Ej. Silla de ruedas o cama hospitalaria), un código HCPCS, la descripción del código HCPCS o la marca/número de modelo

Para suministros - Junto con la descripción del artículo de base, la orden/prescripción del DMEPOS puede incluir todos los suministros que han sido ordenados actualmente y que se van a facturar por separado (enumere cada uno por separado)

Para equipo - Junto con la descripción del equipo de base, la SWO puede incluir todas las opciones, accesorios o características adicionales actualmente ordenadas, que va a facturarse por separado o que requieren un código mejorado (enumere cada una por separado)

Cantidad para despachar, si aplica

Fecha de la orden

Nombre del profesional tratante o el NPI

Firma del profesional tratante

La firma del profesional tratante en la orden escrita debe cumplir los **Requisitos de Firma del CMS** <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM6698.pdf>

Prueba de Entrega

Nombre del beneficiario

Dirección de entrega

Descripción de todos los artículos que están siendo entregados. La descripción puede ser una descripción en narrativa (Ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o la marca/modelo

Cantidad entregada

Fecha de entrega

Firma del beneficiario (o de su designado)

Nota: La prueba de entrega o POD, puede estar incorporada al expediente del protesista en lugar de ser un documento separado, siempre y cuando todos los elementos anteriores esté presentes en el documento. Esto incluye la firma del beneficiario o de su designado aceptando la entrega.

Expedientes del profesional tratante que demuestran que el beneficiario tiene la capacidad física y cognitiva (Los siguientes aspectos no incluyen la totalidad de los elementos que pueden ser evaluados y deben ajustarse a la condición individual de cada beneficiario)

Historia de la condición/es actual/es e historia médica anterior relevante, relacionada con el déficit funcional

Síntomas que limiten la deambulaci3n o la destreza

Diagn3sticos causantes de estos sntomas

Otras condiciones relacionadas con los problemas de deambulaci3n o que tengan alg3n impacto en el uso de una nueva pr3tesis

Que asistencia ambulatoria (bast3n, caminador, silla de ruedas, una persona que lo cuida) est3 siendo usada actualmente (bien sea junto con la pr3tesis o antes de la amputaci3n)

Descripci3n de las actividades de la vida diaria y como estas son impactadas por su d3ficit funcional

Examen f3sico relevante de acuerdo a su d3ficit funcional



Peso y altura, incluyendo cualquier ganancia o pérdida de peso reciente

Examen Cardio Pulmonar

Examen Neurológico

Marcha

Balance y Coordinación

Examen Músculo Esquelético

Fuerza y rango de movimiento de brazos y piernas

Los expedientes del Profesional Tratante y/o del Protesista deben documentar:

La capacidad funcional actual y el potencial funcional esperado, incluyendo una explicación de la diferencia, si es el caso.

El beneficiario alcanzará y mantendrá por un tiempo razonable un nivel funcional definido.

El beneficiario está motivado a deambular.

Reclamaciones por Pies:

Pie "External Keel SACH" (L5970) o pie/tobillo de ángulo único (L5974)

El expediente médico demuestra que el nivel funcional del beneficiario es 1 o mayor

Pie "Flexible Keel" (L5972) o pie/tobillo de ángulo múltiple (L5978)

El expediente médico demuestra que el nivel funcional del beneficiario es 2 o mayor

Sistema tobillo/pie controlado con microprocesador (L5973), pie almacenador de energía (L5976), pie con respuesta dinámica con tobillo multiaxial (L5979), sistema de pie flexible (L5980) sistema flexible para caminar o igual (L5981) o sistema "shank foot" con pilón de carga vertical (L5987)

El expediente médico demuestra que el nivel funcional del beneficiario es 3 o mayor

Reclamaciones por Rodillas:

Rodilla de alta actividad con marco de control (L5930)

El expediente médico demuestra que el nivel funcional del beneficiario es 4 o mayor

Rodilla con fluido, neumática o electrónica/con microprocesador (L5610, L5613, L5614, L5722-L5780, L5814, L5822-L5840, L5848, L5856, L5857, L5858)

El expediente médico demuestra que el nivel funcional del beneficiario es 3 o mayor

Otros sistemas de rodilla (L5611, L5616, L5710-L5718, L5810-L5812, L5816, L5818)

El expediente médico demuestra que el nivel funcional del beneficiario es 1 o mayor

El código HCPCS L5859 está cubierto solamente si todos los siguientes criterios se cumplen:

Tiene una rodilla controlada por microprocesador (electrónica) (tipo "swing and stance" L5856) y

Unicamente para nivel funcional K3 y

Tiene documentada comorbilidad de la columna vertebral y/o extremidad sana afectada que afecta la extensión de la cadera y/o la función de los cuádriceps que perjudica el nivel funcional K3 cuando se usa unicamente la rodilla controlada con microprocesador y

Es capaz de usar un producto que requiere ser recargado diariamente y

Es capaz de entender y responder a las alertas de error y a las alarmas que indican problemas con el funcionamiento de la unidad.

Reclamaciones por Tobillos:

Unidad de rotación axial (L5982-L5986)

El expediente médico demuestra que el nivel funcional del beneficiario es 2 o mayor

Reclamaciones por Caderas:

Articulación de cadera neumática o hidráulica policéntrica (L5691)

El expediente médico demuestra que el nivel funcional del beneficiario es 3 o mayor



Reclamaciones por “Sockets” de evaluación (Diagnósticos):

Reclamaciones por mas de 2 “sockets” de prueba (diagnóstico) (L5618-L5628)

Hay documentación en el expediente médico que justifique la necesidad

Reclamaciones por una prótesis entregada en un Hospital o en un Centro de Cuidado de Enfermería o SNF:

La prótesis será medicamente necesaria después de que el beneficiario sea dado de alta y

La prótesis se entregó no antes de los dos días antes del alta y

La prótesis no es necesaria para el tratamiento o rehabilitación mientras esté ingresado, pero se deja en la habitación para que el beneficiario se la lleve a la casa

Reclamaciones por remplazo de la prótesis o de un componente mayor (Pie, tobillo, rodilla, “socket”):

Las reclamaciones que incluyen el remplazo de una prótesis o de un componente mayor (pie, tobillo, rodilla, “socket”) deben incluir la siguiente documentación:

Nueva orden escrita

La razón para el remplazo debe ser documentada por el médico tratante, bien sea en la orden o en el expediente médico y debe ser una de las siguientes razones:

Un cambio en la condición fisiológica del paciente que tenga como resultado la necesidad del remplazo. Algunos ejemplos pueden ser, sin limitarse a: Cambios en el peso del beneficiario, cambios en la extremidad residual, cambios en las necesidades funcionales del beneficiario o

Un cambio irreparable en la condición del artículo o en una parte del artículo lo que resulta en la necesidad del cambio o

La condición del artículo o de alguna parte del artículo requiere de una reparación y el costo de la reparación sería mas del 60% del costo de remplazar el equipo o de la parte que va a ser remplazada

El protesista debe conservar la documentación de la prótesis o del componente de la prótesis remplazado, la razón del remplazo y la descripción de la mano de obra involucrada, sin tomar en consideración el tiempo transcurrido desde que la prótesis fue entregada al beneficiario.

NOTA: Los ajustes y las reparaciones de las prótesis y de los componentes de las prótesis están cubiertas bajo la orden original del artículo protésico.

Para tener en cuenta al facturar

1. Las reclamaciones por prótesis para rodilla, pie, tobillo y caderas deben enviarse con los modificadores K0 a K4, indicando el nivel de funcionalidad esperado en el beneficiario.
2. Los Modificadores RT (Lado derecho) y LT (Lado izquierdo) deben ser usados junto con los códigos de las prótesis. Cuando se facturan los mismos códigos para prótesis, sockets o componentes en el caso de un beneficiario amputado bilateral y se facturan en la misma fecha de servicio, facture cada artículo en dos líneas separadas de la reclamación, usando los modificadores RT y LT y una unidad de servicio (UOS) en cada línea de la reclamación. No use los modificadores RTLTL en la misma línea facturando con 2 UOS. Las líneas facturadas sin los modificadores RT y/o LT o con RTLTL en la misma línea de la reclamación y 2 UOS, serán denegadas por codificación incorrecta.
3. Los componentes de remplazo (excepto sockets) deben facturarse usando el código del componente y el modificador RB.
4. Los siguientes artículos están incluidos dentro del pago de una prótesis y no pueden facturarse a Medicare por separado:
 - Evaluación de la extremidad residual y la marcha
 - Prueba y ajuste de la prótesis
 - Costo de las partes que componen la base y la mano de obra incluida en los códigos HCPCS de la base
 - Reparaciones por el uso normal o desgaste dentro de los 90 días siguientes al día del despacho
 - Ajustes de la prótesis o de los componentes de la prótesis que deban hacerse cuando se hace la prueba de la prótesis o del componente, por un periodo de 90 días contados a partir del día de la



entrega y cuando estos ajustes no sean originados por un cambio en la extremidad residual o en las habilidades funcionales del beneficiario.

5. No envíe una reclamación al DME MAC si la prótesis se ha entregado durante la estadía hospitalaria antes de que el beneficiario sea dado de alta y el beneficiario usa la prótesis para el tratamiento medicamente necesario o la rehabilitación.
6. No envíe una reclamación al DME MAC si la prótesis se entrega a un beneficiario durante una estadía en un SNF que es cubierta por la Parte A de Medicare, antes de que el beneficiario sea dado de alta y el beneficiario usa la prótesis para el tratamiento medicamente necesario o la rehabilitación.
7. Con excepción del pago por los artículos que aparecen descritos con un código HCPCS específico, no se hará pago por separado por el análisis de la marcha en tiempo real o por otros artículos o componentes facturados junto con una rodilla controlada por microprocesador

Niveles de Funcionalidad	
Nivel 0	No tiene la habilidad o el potencial de deambular o de transferirse de una manera segura con o sin asistencia y una prótesis no mejorará su calidad de vida o su movilidad
Nivel 1	Tiene la habilidad o el potencial de usar la prótesis para transferencia o deambulación en superficies a nivel y a un ritmo fijo. Típicamente un beneficiario que deambula en casa.
Nivel 2	Tiene la habilidad o el potencial de deambular con la capacidad de atravesar barreras ambientales de altura baja, como aceras, escaleras o superficies con desnivel. Típicamente un beneficiario que deambula en la comunidad.
Nivel 3	Tiene la habilidad o el potencial de deambular a un ritmo variable, típicamente es el beneficiario que deambula en la comunidad que puede atravesar la mayoría de la barreras ambientales y tiene una actividad vocacional o terapéutica o hace ejercicio que demanda el uso de la prótesis para mucho mas que la simple locomoción.
Nivel 4	Tiene la habilidad o el potencial de deambular con la prótesis mas allá de la deambulación básica, lo cual implica altos niveles de impacto, stress o energía. Típico de las demandas de las prótesis de los niños, los adultos activos o los atletas.

Recursos en Línea

- Manual del Proveedor de la JC
<https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/supman/index.html>
- Determinaciones de la Cobertura Local (LCDs) y Artículos de las Políticas
<http://www.cgsmedicare.com/jc/coverage/LCDinfo.html>
- Herramienta para la Facturación Consolidada de DMEPOS
https://www.cgsmedicare.com/medicare_dynamic/jb/consbill/index.asp
- Programa de Pre-Autorización Obligatoria como Condición para Pago
https://www.cgsmedicare.com/jc/mr/lp_prior_auth.html

NOTA

Se espera que los expedientes médicos del beneficiario reflejen la necesidad del artículo/servicio provisto. Estos expedientes no deben enviarse de manera rutinaria al DME MAC pero deben estar disponibles cuando se soliciten. Por lo tanto aun cuando no es mandatorio, recomendamos enfáticamente que los proveedores obtengan y revisen los expedientes médicos apropiados y mantengan una copia en el expediente del beneficiario. Recuerde que los expedientes producidos por el proveedor, aun si están firmados por el médico que ordena y las cartas con declaraciones (Ej. cartas de necesidad médica), son descartadas y no se consideran como parte del expediente médico para propósitos de pago de Medicare.

EXCENCION DE RESPONSABILIDAD

Este documento se preparó como una herramienta educativa y no pretende garantizar derechos o imponer obligaciones. Esta Lista de Chequeo puede contener referencias o enlaces a leyes, regulaciones u otro material de las políticas. La información brindada, solo pretende ser un resumen general. No intenta tomar el lugar de las leyes escritas o las regulaciones. Se le pide a los Proveedores que consulten el Manual del Proveedor de DME MAC Jurisdicción C y las Determinaciones Locales de Cobertura (LCD) y Artículos de las Políticas para los detalles completos y ciertos correspondientes a las políticas y las regulaciones.