



LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACION

Equipos de Asistencia Respiratoria - E0470

Presión de Dos Niveles – SIN Frecuencia de Respaldo

DOCUMENTACION REQUERIDA

Para todas las Reclamaciones por E0470 Cobertura Inicial (Primeros Tres Meses)

Orden Escrita Estándar (SWO)

La orden escrita estándar contiene todos los siguientes elementos:

Nombre del beneficiario o MBI (Medicare Beneficiary Identifier)

Fecha de la orden

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 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)

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)

Cantidad por despachar, si aplica

Nombre del profesional tratante o el NPI

Firma del profesional tratante

Firma del profesional que cumpla con los **requisitos de firma de CMS**

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM6698.pdf>

Cualquier cambio o corrección debe tener las iniciales /firma del profesional que receta y este debe escribir la fecha del cambio o la corrección

DOCUMENTACION DE ENTREGA

Entrega Directa	Servicio de Envío o Correo con Número de Rastreo	Servicio de Envío o Correo con Firma de Recibido
-----------------	--------------------------------------------------	--------------------------------------------------



<p>Nombre del beneficiario Dirección de entrega Cantidad entregada Descripción del artículo que está siendo entregado. La descripción puede ser una descripción narrativa (Ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o marca/modelo. Firma de la persona que acepta la entrega Relación con el beneficiario Fecha de entrega</p>	<p>Documento de envío</p> <p>Nombre del beneficiario Dirección de entrega Descripción del artículo que está siendo entregado. La descripción puede ser una descripción narrativa (Ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o marca/modelo. Cantidad enviada</p> <p>Numero de Rastreo</p> <p>Referencia para cada paquete individual Dirección de entrega Numero de Identificación del Paquete (ID #) Fecha de envío Fecha de entrega</p> <p>Un número de referencia común (ID # de la caja, PO #, etc.) que establezca un vínculo entre el documento de envío y el número de rastreo (puede ser manuscrito por el proveedor)</p>	<p>Documento de envío</p> <p>Nombre del beneficiario Dirección de entrega Descripción del artículo que está siendo entregado. La descripción puede ser una descripción narrativa (Ej. base para silla de ruedas liviana), un código HCPCS, la descripción larga del código HCPCS o marca/modelo. Cantidad enviada Fecha de envío Firma de la persona que acepta el despacho Relación con el beneficiario Fecha de entrega</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NOTA: Si el proveedor usa un servicio de entrega o un envío por correo, el proveedor tiene dos opciones en cuanto a la fecha de servicio (DOS) que puede usar en la reclamación:

1. Los proveedores pueden usar la fecha de envío como DOS. La fecha de envío se define como la fecha en la cual se crea la etiqueta ("label") del despacho/envío o la fecha en la cual el artículo es recogido por el servicio de envío para ser entregado. Sin embargo, no debe haber variación significativa entre esas dos fechas.
2. Los proveedores pueden usar la fecha de entrega como DOS en la reclamación.

Documentación en los Expedientes Médicos

El expediente médico documenta completamente los síntomas característicos de la hipoventilación asociada con el sueño (hipersomnolencia diurna, fatiga excesiva, cefaleas matutinas, disfunción cognitiva, disnea, etc.)

El expediente médico evidencia que el beneficiario tiene uno de los siguientes desórdenes clínicos y cumple todos los criterios de cobertura para ese desorden clínico.

Desorden Torácico Restrictivo

El expediente médico del beneficiario documenta una enfermedad neuromuscular (por ejemplo ALS) o una anomalía severa de la caja torácica (por ejemplo post toracoplastia por TB) **Y**

El expediente médico documenta UNA de las siguientes condiciones:

- Una presión arterial de CO2 (PaCO2) tomada mientras el beneficiario está despierto y respirando la FIO2 recetada, mayor o igual a 45 mmHg o
- Una oximetría durante el sueño que demuestra una saturación de oxígeno menor o igual a 88% por 5 minutos o mas de tiempo durante la grabación nocturna (tiempo mínimo de grabación de 2 horas) tomada mientras el beneficiario está respirando la FIO2 recetada o
- Para enfermedad neuromuscular solamente
 - La presión máxima inspiratoria es menor de 60 cm H2O o
 - La capacidad vital forzada es menor del 50% estimado y

El expediente médico evidencia que la COPD no contribuye significativamente a la limitación pulmonar del beneficiario.

COPD Severo

- La presión arterial de CO2 (PaCO2) tomada mientras el beneficiario está despierto y respirando la FIO2 recetada es mayor o igual a 52 mmHg y
- La oximetría durante el sueño demuestra una saturación de oxígeno menor o igual a 88% por 5 minutos o mas de tiempo durante la grabación nocturna (tiempo mínimo de grabación de 2



horas) y fue tomada mientras el beneficiario estaba respirando oxígeno a 2 LPM o a la FIO₂ recetada (lo que sea mayor) y

El expediente médico evidencia que antes de iniciar la terapia la OSA y el tratamiento con CPAP se han considerado y descartado. (Nota: No es necesario un estudio de sueño formal si hay información suficiente en el expediente médico como para demostrar que el beneficiario no sufre de algún tipo de apnea del sueño (OSA), CSA y/o Comp SA como causa principal de la hipercapnia mientras está despierto o de la desaturación nocturna de oxígeno arterial)

Apnea Central del Sueño o Apnea Compleja del Sueño

Antes de iniciar la terapia, se realizó una polisomnografía totalmente dentro de una institución y

La polisomnografía documenta todo lo siguiente:

Un diagnóstico de Apnea Central del Sueño (CSA) o de Apnea Compleja del Sueño (CompSA) y

Hay una mejoría significativa de la hipoventilación asociada con el sueño, con el uso del equipo programado a los valores recetados para el uso inicial en casa, mientras el beneficiario respira a la FIO₂ recetada.

La Apnea Central del Sueño (CSA) se define como:

1. Un Índice de Apnea-Hipopnea (AHI) mayor de 5 y
2. La suma del total de Apneas Centrales mas las Hipopneas Centrales es mayor del 50% del total de apneas/hipopneas y
3. El índice de apnea central-hipopnea central (CAH) es mayor o igual a 5 por hora y
4. Presencia de por lo menos uno de los siguientes síntomas:
 - Somnolencia
 - Dificultad para conciliar o mantener el sueño, se despierta frecuentemente o el sueño no es restaurador
 - Se despierta con disnea
 - Ronquidos
 - Apneas identificadas por un testigo
5. No hay evidencia de hiperventilación diurna o nocturna

La Apnea Compleja del Sueño (CompSA) es una forma de Apnea Central específicamente identificada por todo lo que se enumera a continuación:

1. Con el uso de un equipo de presión aérea positiva sin frecuencia de respaldo (E0601 o E0470) la polisomnografía muestra un patrón de apneas e hipopneas que demuestran la persistencia o aparición de apenas o hipopneas centrales, después de la exposición a un CPAP (E0601) o a un equipo con presión de dos niveles y sin frecuencia de respaldo (E0470) cuando se ha evaluado hasta 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 mas las hipopneas centrales es mayor del 50% del total de apneas y de hipopneas y
3. Después de la resolución de los eventos obstructivos el índice de apnea central-hipopnea central (CAHI) es mayor o igual a 5 por hora

Síndrome de Hipoventilación

La presión arterial de CO₂ inicial (PaCO₂) tomada mientras está despierto y respirando la FIO₂ recetada es mayor o igual a 45 mmHg y

La espirometría muestra una FEV₁/FVC mayor o igual al 70%. (Revise la sección COPD Severo (arriba) para la información acerca de la cobertura del equipo para pacientes con FEV₁/FVC menor del 70%) y

La condición del beneficiario cumple también con uno de los siguientes aspectos:

La PaCO₂ en los gases en sangre arterial tomados durante el sueño o inmediatamente después de despertarse y respirando la FIO₂ recetada, muestra que la PaCO₂ del



beneficiario empeora en 7 mmHg o mas cuando se compara con el resultado original del criterio 1 (arriba) o

Una PSG realizada en una institución demuestra que la saturación de oxígeno es de 88% o menos por 5 minutos o mas durante el tiempo de grabación nocturna (tiempo mínimo de grabación de 2 horas), la cual no es causada por eventos obstructivos de la vía aérea superior. Ej. AHÍ menor de 5 (Refiérase a la LCD de Equipos de Presión Positiva para la Vía Aérea para información acerca de la cobertura del E0470 para apnea obstructiva del sueño)

Apnea Obstructiva del Sueño (Vea Lista de Chequeo de la Documentación para Presión Positiva de la Vía Aérea –PAP)

Para todas las reclamaciones por E0470 - Continuación de la Cobertura (mas allá de los tres primeros meses de terapia):

El expediente médico incluye una re evaluación en el día 61 de terapia o posterior

La re evaluación registra la mejoría de los síntomas relevantes y

La re evaluación documenta el uso del equipo por parte del beneficiario hasta ese momento

El expediente del proveedor incluye una declaración del profesional tratante firmada y fechada, realizada no antes del día 61 después de haber iniciado el uso del equipo.

La declaración establece que el beneficiario cumple con el uso recomendado del equipo (un promedio de 4 horas por cada periodo de 24 horas) y

La declaración confirma que el beneficiario está recibiendo beneficio con su uso

Reemplazo del E0470 Durante el Tiempo de Vida Útil (RUL) debido a Pérdida, Robo o Daño Irreparable:

Documentación que verifique la razón del reemplazo (reporte de policía, reporte de la aseguradora, reporte de los bomberos, etc.)

Reemplazo del E0470 Después del Tiempo Razonable de Vida Útil (RUL) de 5 años:

Evaluación cara a cara realizada por el profesional tratante que documente que el beneficiario continua utilizando y se beneficia con el uso del equipo

Una SWO por el E0470

Beneficiario entrando a Medicare (Continuación con el uso del equipo existente o reemplazo del equipo):

Una SWO por el E0470

Los estudios de calificación muestran que el beneficiario cumple con los criterios de cobertura vigentes para uno de los 4 grupos de desordenes clínicos cubiertos bajo la política de RAD. (El estudio debe haberse realizado antes de la elegibilidad para Medicare o después de la inscripción al FFS de Medicare)

El profesional tratante realizó una evaluación clínica después de la inscripción del beneficiario al FFS de Medicare que documenta lo siguiente:

El beneficiario tiene la condición medica que califica para el escenario que aplique y

El estudio realizado, fecha del estudio utilizado para la calificación y sus resultados y

El beneficiario continúa usando el equipo y

El beneficiario se está beneficiando con su uso.

Solicitud de Resurtido para Suministros No Consumibles:

Nombre del beneficiario o de su representante autorizado, si es diferente del beneficiario

Descripción de cada articulo que ha sido ordenado

Fecha de la solicitud

Documentación que describe la condición funcional de los artículos que van a ser resurtidos, con detalle suficiente como para demostrar la causa de la disfunción y la necesidad del reemplazo



El contacto no se realizó antes de los 14 días anteriores a la entrega/envío y
La entrega no se hizo antes de los 10 días calendario previos a la finalización del periodo de uso del producto actual.

La Continuidad en la necesidad medica de los Equipos/Accesorios/Suministros se ha verificado a través de uno de los siguientes documentos:

- Una orden medica de resurtido, emitida por el médico tratante y fechada dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de servicio bajo revisión o
- Un cambio en la prescripción fechado dentro de los doce meses anteriores a la fecha de servicio en revisión o
- Un expediente médico, fechado dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de servicio en revisión que demuestre el uso del articulo.

Para tener en cuenta

- Cuando sea permitido, el KX deberá ser agregado al código E0470 y a los códigos de los accesorios
- Para las reclamaciones facturadas durante los tres primeros meses, el modificador KX no deberá ser usado a menos de que todos los criterios de cobertura del RAD se cumplan y toda la documentación requerida se haya actualmente obtenido e ingresado la información en el expediente del proveedor
- Para las reclamaciones entre los meses cuatro a trece, el modificador KX puede usarse en las reclamaciones, solamente si se cumplen tanto los criterios “Iniciales” de cobertura, como los criterios de “continuación” de cobertura. Revise la LCD de RAD para mas información detallada acerca del uso del modificador KX
- Si todos los criterios de cobertura no se cumplen, el modificador GA o GZ, debe ser añadido al código. Cuando se espera una denegación por no necesidad medica, los proveedores deben ingresar el modificador GA en la línea de la reclamación si ha obtenido un ABN adecuadamente ejecutado (Notificación Anticipada para el beneficiario) o GZ si no se ha obtenido un ABN válido
- Las líneas de las reclamaciones facturadas sin modificadores KX, GA o GZ serán rechazadas por falta de información.
- Los artículos facturados sin una orden del médico o de otro profesional de la salud con licencia, deben enviarse con el modificador “EY” agregado al código HCPCS específico.

Recursos en Línea

- Manual del Proveedor de la JC <https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/supman/index.html>
- LCDs y Artículos de la Política: <https://www.cgsmedicare.com/jc/coverage/LCDinfo.html>

Nota: Se espera que los expedientes médicos del beneficiario reflejen la necesidad del cuidado proporcionado. Estos expedientes no deben ser enviados de forma rutinaria el DME MAC, pero deben estar disponibles para cuando se soliciten. Por lo tanto, aunque no es un requisito, recomendamos que el proveedor obtenga una copia revisada de los expedientes médicos y la mantenga en el archivo del beneficiario.

EXENCION DE RESPONSABILIDAD

Este documento es 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 la política. La información proporcionada solo pretende ser un resumen general. No intenta tomar el lugar de ninguna ley escrita o regulación. Se recomienda a los proveedores que consulten el *Manual del Proveedor* de la Jurisdicción C y la Determinación de Cobertura Local (LCD)/Artículo de la Política, para obtener información detallada de las políticas y regulaciones