



CGS®

A CELERIAN GROUP COMPANY

EQUIPOS DE ASISTENCIA RESPIRATORIA (RAD) PARA SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN
Revisado 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 del síndrome de hipoventilación cuando se cumplen ciertos criterios de cobertura específicos. La cobertura también está disponible para los pacientes con diagnóstico de apnea central del sueño (CSA), apnea del sueño compleja (ComSA), desórdenes torácicos restrictivos (P.Ej. enfermedades neuromusculares o anormalidades severas de la caja torácica) 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 el síndrome de hipoventilación. Están disponibles otras cartas “Respetado Doctor” acerca de los criterios de cobertura para otros diagnósticos.

Los requisitos para la cobertura de un equipo de RAD para el síndrome de hipoventilación están descritos en el siguiente extracto de la LCD de RAD.

Síndrome de Hipoventilación

Un equipo E0470 está cubierto si tanto el criterio A como el B y el criterio C o D se cumplen.

- A. La PaCO₂ inicial en los gases en sangre arterial, hecha mientras está despierto y respirando la FIO₂ recetada para el paciente, es mayor o igual a 45 mm Hg
- B. La espirometría muestra que el FEV₁/FVC es mayor o igual a 70%. (revise y falla respiratoria crónica (CRF) como consecuencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), para obtener información acerca de la cobertura del equipo para pacientes con FEV₁/FVC menor del 70%)
- C. La PaCO₂ en los gases en sangre arterial tomada durante el sueño o inmediatamente después de despertar y respirando la FIO₂ recetada para el paciente, muestra que la PaCO₂ del paciente ha empeorado en 7 mm Hg o más comparado con el resultado original del criterio A (arriba)
- D. Un PSG hecho en una facilidad o un HST demuestra que la saturación de oxígeno es menor o igual a 88% para un tiempo de registro nocturno mayor o igual a 5 minutos (tiempo mínimo de registro de 2 horas) la cual no es causada por un evento de obstrucción de las vías aéreas superiores, P. Ej. AHI menos de 5. (revise la LCD de Equipos de Presión Positiva para la Vía Aérea para el Tratamiento de la Apnea Obstructiva del Sueño para obtener información acerca de la cobertura del E0470 en apnea obstructiva del sueño)

Si los criterios anteriores no se cumplen, el E0470 y los accesorios relacionados serán denegados como no razonables ni necesarios.

Un equipo E0471 está cubierto para un paciente con síndrome de hipoventilación si tanto el criterio A como el B y el criterio C o D se cumplen:

- A. Se está usando un equipo E0470 cubierto
- B. La espirometría muestra una FEV₁/FVC mayor o igual a 70%. (revise y falla respiratoria crónica (CRF) como consecuencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), para obtener información acerca de la cobertura del equipo para pacientes con FEV₁/FVC menor del 70%)
- C. La PaCO₂ en los gases en sangre arterial tomada despierto y respirando la FIO₂ recetada para el paciente, muestra que la PaCO₂ del paciente ha empeorado en 7 mm Hg o más comparado con el resultado del ABG realizado para calificar al paciente para el equipo de E0470 (criterio A, bajo E0470)

- D. Un PSG hecho en una facilidad o un HST demuestra que la saturación de oxígeno es menor o igual a 88% para un tiempo de registro nocturno mayor o igual a 5 minutos (tiempo mínimo de registro de 2 horas) la cual no es causada por un evento de obstrucción de las vías aéreas superiores – Ej. AHI menos de 5 usando un equipo Eo470 (revise la LCD de Equipos de Presión Positiva para la Vía Aérea para el Tratamiento de la Apnea Obstructiva del Sueño, para la cobertura del Eo470 en apnea obstructiva del sueño)

Si los criterios anteriores no se cumplen, el equipo Eo471 será denegado como no razonable ni necesario.

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 médico 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 por 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 el síndrome de hipoventilación. 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

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