



AVISO IMPORTANTE PARA LOS BENEFICIARIOS DE MEDICARE

Ayude a asegurarse de que su dispositivo de presión positiva en las vías respiratorias (PAP, por sus siglas en inglés) o el dispositivo de presión positiva en las vías respiratorias de dos niveles esté cubierto por Medicare.

Gracias por elegir Apria Healthcare. Estamos comprometidos a ayudarle a controlar su Apnea Obstruktiva del Sueño (AOS).

Las normas de Medicare pueden ser confusas, pero es importante que entienda que Medicare ya no cubrirá el costo de su equipo o servicio si no se cumplen ciertos requerimientos.

Para asegurarnos de que Medicare continúe cubriendo su dispositivo PAP más allá de los 90 días iniciales de servicio, estamos obligados a documentar lo siguiente:

- Verificación de que usted está utilizando el equipo 4 o más horas por noche, al menos 21 días de los 30 días consecutivos en cualquiera de los tres primeros meses.
 - Apria obtendrá esta documentación de su dispositivo PAP automáticamente.
- Documentación de una visita cara a cara con el médico que le trata la AOS, entre el día 31 y 91 después del inicio de la terapia.
- Documentación en su historial médico de su médico que indique que usted está usando y se está beneficiando de la terapia. Esto debe documentarse en su historial médico.

Si, después de los tres primeros meses de tratamiento, no contamos con la documentación respecto a los tres puntos mencionados anteriormente, Medicare puede negar la cobertura continua del equipo y suministros después de los 90 días, y es posible que usted sea económicamente responsable por el alquiler posterior. Si esto ocurre, sus opciones después de los 90 días son:

Opción 1:

Recalificar para la cobertura para PAP:

- Firmar un Aviso Anticipado al Beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés). Este es un documento de Medicare en el cual se indica que usted reconoce que es económicamente responsable por el equipo. Entonces Apria le facturará directamente por su dispositivo y los suministros cuando Medicare niegue los reclamos.
- Tenga una nueva visita cara a cara con su médico.
- Realice un nuevo estudio del sueño en entorno de las instalaciones.
- Realice un segundo período de prueba para demostrar la adherencia a la terapia. Medicare no pagará por el dispositivo o los suministros hasta que usted cumpla con los requisitos de cobertura continua mencionados anteriormente.

Opción 2:

Si no desea intentar volver a calificar para la cobertura para PAP, devuelva el equipo a Apria.

Si tiene alguna consulta acerca de su tratamiento o sobre esta información, comuníquese con Apria por teléfono y con gusto le brindaremos más detalles. Para revisar la Declaración completa de no discriminación de Apria, visite www.apria.com/aprias-statement-of-non-discrimination.

Determinación de cobertura local de Medicare para dispositivos de presión positiva de las vías respiratorias (PAP) para el tratamiento de la Apnea obstructiva del sueño

Cobertura continua después de los tres primeros meses de tratamiento:

La cobertura continua de un dispositivo PAP (E0470 o E0601) después de los tres primeros meses de tratamiento requiere que, no antes del día 31 ni después del día 91 después de iniciar el tratamiento, el médico tratante realice una nueva evaluación médica e indique que el beneficiario está sacando provecho del tratamiento con PAP. Para dispositivos PAP con fechas iniciales de servicio el 1ro de noviembre de 2008 o después, la documentación del beneficio médico se demuestra mediante:

1. Una nueva evaluación médica personal realizada por el médico tratante informando que los síntomas de la apnea obstructiva del sueño han mejorado; y
2. Una evidencia objetiva del cumplimiento en el uso del dispositivo PAP, revisada por el médico tratante.

El cumplimiento del tratamiento se define como el uso de PAP \geq 4 horas por noche en el 70% de las noches durante un periodo consecutivo de treinta (30) días en cualquier momento durante los primeros tres (3) meses a partir del uso inicial.

Si no se cumplen los criterios anteriores, la cobertura continua de un dispositivo PAP y accesorios relacionados será rechazada por Medicare por ser considerada como no médicamente necesaria.

Los beneficiarios que no pasan la prueba inicial de 12 semanas reúnen los requisitos para calificar nuevamente a un dispositivo PAP pero deben tener lo siguiente:

1. Tener una nueva evaluación médica personal realizada por el médico tratante para determinar la etiología de la falta de respuesta al tratamiento con PAP; y
2. Repetir la prueba de sueño en un ambiente de las instalaciones.
3. Realizar un segundo período de prueba para demostrar la adherencia a la terapia.

Si tiene alguna pregunta o inquietud respecto a esta política de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o si es una persona con discapacidad auditiva o del habla, llame a la línea gratuita TTY/TDD al 1-877-486-2048.