

Cobertura de Medicare Advantage para Prendas y Suministros de Compresión para el Linfedema

¿Se aplica la Ley para el Tratamiento del Linfedema a los planes de Medicare Advantage (MA)?

¡Sí! Los planes de MA están obligados a brindar cobertura para todos los artículos y servicios cubiertos por el Medicare Original; sin embargo, los términos de la cobertura pueden variar. Esto significa que, desde el 1 de enero de 2024, los planes de MA deben cubrir todos los tipos de prendas de compresión de talla estándar y a medida, tanto de día como de noche, así como los insumos de vendaje. No obstante, detalles como la cantidad de prendas que puede recibir a la vez, si se requiere o no una autorización previa, qué proveedores están dentro de la red y sus gastos por cuenta del paciente, dependerán de cada plan de MA en particular.

¿Qué pasa si mi plan de MA desconoce los nuevos requisitos de cobertura o los códigos?

Todos los detalles relacionados con los nuevos requisitos de cobertura se encuentran en la página [Lymphedema Compression Treatment Items](#) de Medicare, o ingresando la palabra “lymphedema” en el cuadro de búsqueda de CMS.gov. Además, el Contratista Administrativo de Medicare para DME (MAC) ha publicado guías de facturación, codificación y cobertura en su sección de [Lymphedema Compression Treatment](#).

¿Qué pasa si mi plan de MA rechaza mi reclamación o no la procesa de manera oportuna?

Cada plan de MA debe firmar un contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Dicho contrato debe cumplir con los requisitos establecidos en la norma 42 CFR 522.520(a). Además, la organización de MA debe cumplir con las disposiciones de pago puntual de [§ 422.520](#). Por lo general, las reclamaciones de proveedores y distribuidores contratados deben pagarse en un plazo de 30 días, y las de proveedores no contratados en un plazo de 60 días. Si un plan infringe estos requisitos de cobertura o pago, el proveedor o distribuidor debe presentar una queja y notificar a los CMS. También le pedimos que reporte cualquier rechazo o falla en el procesamiento de reclamaciones a través de nuestro [Denial Reporting Form](#). Recomendamos a los pacientes contactar a su proveedor, ya que ellos podrían tener más información sobre el motivo del retraso o rechazo. Puede haber una razón válida para la demora, como una solicitud de expedientes médicos, lo cual suele retrasar el pago mientras se revisa la documentación.

¿Qué pasa si mi plan de MA no tiene establecimientos afiliados donde pueda conseguir las prendas o insumos de vendaje que me recetaron?

El Código de Regulaciones Federales (42 CFR 422.112(a)(1)(iii)) exige explícitamente que los planes de MA mantengan y supervisen una red de proveedores adecuada, respaldada por acuerdos escritos, que sea suficiente para garantizar el acceso a los servicios cubiertos según las necesidades de los afiliados. El plan también debe gestionar y cubrir cualquier beneficio médicamente necesario fuera de su red de proveedores (respetando los costos compartidos de la red) cuando no haya un proveedor disponible o adecuado para satisfacer las necesidades médicas del paciente. Para más detalles, visite [MA Payment Guide for Out of Network Payments](#) o [Payment Dispute Resolutions](#).



[LymphedemaAdvocacyGroup.org](https://www.LymphedemaAdvocacyGroup.org)



[LymphedemaProject.org](https://www.LymphedemaProject.org)