



GUÍA DE TERAPIA DEL SUEÑO ¡VAMOS A TRABAJAR EN ELLO!



1337 BASSWOOD ROAD, SCHAUMBURG, IL 60173
PHONE: 847-310-4730 | FAX: 872-469-1673
WWW.PRISMHC.COM

OBJETIVOS EDUCATIVOS DE LA TERAPIA CON PAP

- Cómo trabaja su equipo de atención para usted
- Comprendiendo la apnea obstructiva del sueño
- Comprendiendo su puntuación de sueño: Escala del Índice de Apnea-Hipopnea (IAH)
- Importancia de la terapia PAP para su salud
- Cómo la terapia PAP le ayuda a respirar y dormir mejor
- Cómo elegir la mascarilla correcta: el descanso cómodo comienza aquí
- Consejos para sentirse cómodo con su terapia PAP
- Cómo comenzar con ResMed myAir
- Cómo limpiar y cuidar tus suministros de PAP
- Requisitos de cumplimiento de la terapia PAP para la apnea obstructiva del sueño
- Cumplimiento de la terapia Bi-Nivel para enfermedades pulmonares no obstructivas crónicas
- Cumplimiento de la terapia Bi-nivel para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Cuándo y cómo reemplazar los suministros de su terapia PAP

SOBRE PRISM HEALTH CARE SERVICES, INC.

Bienvenido al programa de terapia CPAP y Bi-level en la casa de Prism Health Care

Prism Health Care Services es un proveedor de equipo médico durable (DME) de servicio completo, convenientemente ubicado en **1337 Basswood Road, Schaumburg, Illinois 60173.**

Nos enorgullece atender a más de **18,000 clientes en el área de Chicagoland**, respaldados por un equipo local dedicado que incluye **Terapeutas Respiratorios, Dietistas, técnicos de distribución, personal de ciclo de ingresos, cadena de suministro, desarrollo empresarial y equipo de gestión.** Juntos, estamos comprometidos a brindar un cuidado excepcional, reflejado consistentemente en nuestra **calificación de 4.8 estrellas en Google.**

Esta Guía de Terapia del Sueño fue creada por nuestro equipo para ayudarle a lograr los mejores resultados posibles de salud con su terapia de presión positiva en las vías respiratorias (PAP). En su interior encontrará información práctica, consejos útiles y recursos para apoyarle en su camino hacia un mejor sueño y una salud mejorada.

CÓMO CONTACTAR A NUESTRO EQUIPO:

PHONE: 847-310-4730

FAX: 872-469-1673

PEDIDOS DE SUMINISTROS CPAP: 877-398-9336

DIRECCIÓN: 1337 BASSWOOD ROAD, SCHAUMBURG, IL 60173

HORARIO DE ATENCIÓN: 8:30 a.m. - 5:00 p.m. Lunes a Viernes

INFORMACIÓN DEL DOCUMENTO SOBRE EQUIPO Y SUMINISTROS:

MÁQUINA DE TERAPIA PAP: AUTO PAP CPAP
 AUTO BI-LEVEL BI-LEVEL BI-LEVEL ST
 BI-LEVEL STA BI-LEVEL ASV

FABRICANTE DE TERAPIA PAP: RESMED

CONFIGURACIÓN: _____

AJUSTES: MODEM

FABRICANTE DE MASCARILLAS PARA TERAPIA PAP:

FISHER PAYKEL RESMED RESPIRONICS

NOMBRE DE LA MÁSCARA DE TERAPIA PAP: _____

ESTILO DE MASCARA DE TERAPIA PAP: NASAL
 FULL FACE PILLOWS OTHER

TAMAÑO DE LA ALMOHADA PAP: _____

TAMAÑO DEL COJÍN PAP: _____

PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE SU COBERTURA CON LA ASEGURADORA, POR FAVOR PROGRAME UNA VISITA DE SEGUIMIENTO CON SU MÉDICO SEGÚN SU CONDICION:

- APNEA obstructiva del sueño: Entre el día 31 y el día 90
- Condición no relacionada con COPD: Entre el día 61 y el día 90
- COPD: A más tardar el Día 180
- Cita Programada: _____

COMO SU EQUIPO DE ATENCIÓN TRABAJA EN CONJUNTO PARA USTED

En **Prism Health Care Services**, creemos que los mejores resultados se logran cuando **usted, su médico y nuestro equipo trabajan juntos**. Las responsabilidades que se presentan a continuación describen cómo cada parte contribuye a que usted tenga éxito con su terapia PAP.

RESPONSABILIDADES DE PRISM HEALTH CARE:

- Proporcionar **orientación** y **capacitación** sobre su equipo PAP.
- Ofrecer **apoyo continuo** para ayudarlo a lograr y mantener el cumplimiento de la terapia
- Enviar toda la **documentación médica requerida** a su proveedor de seguro médico.
- Cumplir con sus **pedidos de suministros** de acuerdo con las recomendaciones del fabricante y las directrices del seguro.
- Supervisar su terapia y alertarlo a usted y a su médico si surgen problemas.
- Proporcionar materiales de capacitación para apoyar su aprendizaje y dirigirlo a nuestra página web de Recursos de Terapia PAP www.prismhc.com/pap-therapy-resources
- Ofrecer **orientación para problemas urgentes con el equipo**

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

- **Usar su dispositivo PAP según lo prescrito y de acuerdo con las directrices del asegurador.**
- **Contacte a Prism Health Care si:**
 - o No puede encontrar una respuesta en esta guía ni en nuestro sitio web.
 - o Esta teniendo dificultades para tolerar la terapia.
 - o Cambias tu dirección de domicilio o tu seguro médico.
 - o Su médico cambia la configuración de su equipo o mascarilla.

CÓMO SU EQUIPO DE ATENCIÓN AL CLIENTE TRABAJA EN CONJUNTO PARA USTED - CONTINUACIÓN

- **Siga su calendario de reemplazo de suministros** para garantizar una terapia efectiva y buena.
- Notifique a Prism si **suspende o interrumpe** la terapia.

RESPONSABILIDADES DEL MÉDICO PRESCRIPTOR:

- El médico es responsable de completar la visita de seguimiento presencial. Los detalles adicionales sobre el tiempo requerido para esta visita se encuentran en la sección de cumplimiento de este manual.

**Nota: Este requisito generalmente se aplica solo a los pacientes nuevos de PAP. Si no está seguro, comuníquese con su proveedor de seguros o con nuestra oficina. Hay más información en la sección de Cumplimiento de este manual..*

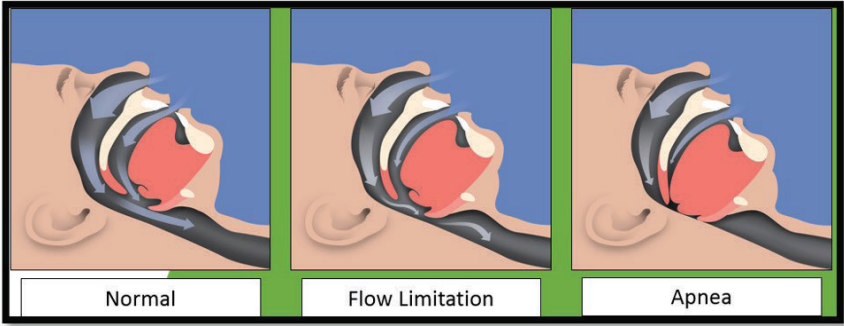
- Revisar sus **datos de terapia** en las visitas de seguimiento para confirmar la efectividad.
- Colaborar con Prism para actualizar sus órdenes de terapia si se requieren ajustes.
- Emitir una **prescripción anual** para los suministros PAP (la mayoría de los médicos requiere una visita anual).

Nuestro objetivo compartido es su éxito con la terapia PAP.

Trabajando juntos, podemos ayudarle a dormir mejor, respirar con más facilidad y mejorar su salud en general.

COMPRIENDIENDO LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

- Tú respiración se detiene por completo durante al menos 10 segundos mientras duermes.
- Hipopnea: Tu respiración se vuelve muy superficial o parcialmente bloqueada, a menudo con ronquidos.



ENTENDIENDO TU PUNTAJE DE SUEÑO: ÍNDICE DE APNEA-HIPOAPNEA (IAH)

- Índice de Apnea-Hipopnea (AHI): Un índice que muestra cuántas veces por hora tu respiración se detiene o se vuelve superficial. Este número ayuda a tu médico a entender la gravedad de tu apnea del sueño.

Mi puntuación AHI: _____

AHI	CALIFICACIÓN
< 5	Normal (Sin Apnea del sueño)
5-15	Apnea del sueño leve
15-30	Apnea del sueño moderada
> 30	Apnea del sueño severa

POR QUÉ LA TERAPIA PAP ES IMPORTANTE PARA TU SALUD

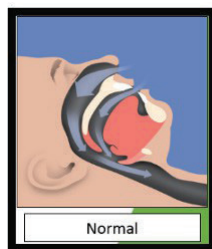
¿Qué objetivo le interesa lograr? Marque todos los que correspondan.

- MEJOR SALUD CARDÍACA:** La terapia CPAP ayuda a reducir el estrés en su corazón al mantener los niveles de oxígeno estables mientras duerme.
- MEJORAR SU ÁNIMO:** Dormir mejor puede ayudar a reducir la irritabilidad, el estrés y los síntomas de depresión.
- MÁS ENERGÍA:** Despiértese renovado y siéntase alerta durante todo el día.
- MEJOR SUEÑO:** Disfrute de un sueño más profundo y reparador cada noche.
- MENOR RIESGO DE DIABETES:** Dormir adecuadamente ayuda a tu cuerpo a regular el azúcar en la sangre de manera más eficaz.
- CONTROL DE PESO:** El sueño reparador puede reducir los antojos y favorecer un metabolismo saludable.
- MENOS DOLORES DE CABEZA:** La terapia CPAP puede ayudar a prevenir los dolores de cabeza matutinos causados por bajos niveles de oxígeno.
- SISTEMA INMUNOLÓGICO MÁS FUERTE:** Descansar mejor ayuda a tu cuerpo a combatir las enfermedades.
- AYUDA A CONDUCIR MEJOR:** Sentirse alerta reduce el riesgo de accidentes y mejora la concentración.
- MEJOR RENDIMIENTO LABORAL.**

CÓMO LA TERAPIA PAP TE AYUDA A RESPIRAR MEJOR

□ CÓMO AYUDA EL CPAP

- **Mantiene las vías respiratorias abiertas** – Respaldo por numerosos estudios que demuestran que la terapia CPAP previene el colapso de las vías respiratorias y reduce el índice de apnea-hipopnea (IAH).
- **La presión es individualizada** – Las guías clínicas (AASM, requisitos de Medicare) enfatizan que los ajustes de presión adecuados son clave para la efectividad.
- **Uso constante cada noche** – Las investigaciones muestran de manera consistente que la adherencia es el mejor predictor de resultados mejorados: calidad del sueño, alerta durante el día y beneficios cardiovasculares.



□ CÓMO AYUDA LA TERAPIA BI-LEVEL:

- **Ayuda con los problemas respiratorios** – La evidencia respalda la terapia Bi-level para pacientes que tienen dificultad para exhalar con CPAP, así como para condiciones médicas como COPD o trastornos neuromusculares.
- **Ajustes de presión doble (inhalar/exhalar)** – Este es el beneficio fisiológico principal; mejora la comodidad y la adherencia.
- **Mejora la oxigenación y la eficiencia pulmonar** – Los estudios clínicos muestran que reduce la retención de dióxido de carbono y mejora el oxígeno en la sangre, especialmente en pacientes respiratorios complejos.

ELEGIR LA MASCARILLA ADECUADA – UN SUEÑO CÓMODO COMIENZA AQUÍ

Tu máscara es una de las partes más importantes de tu terapia de sueño. Estamos aquí para ayudarte a encontrar la que mejor se adapte a TI, para que puedas dormir mejor, sentirte mejor y tratar tu condición de manera efectiva.

□ LO QUE HACEMOS PARA ENCONTRAR TU MEJOR AJUSTE

- Nuestro equipo te ajusta **personalmente la mascarilla para tu comodidad**, a menos que tu médico haya recetado una mascarilla específica.
- Antes de aprobar una máscara completamente nueva de forma anticipada (antes del período habitual de reemplazo), verificaremos tres aspectos clave:
 1. ¿Está bajo control tu índice de apnea-hipopnea (AHI)?
 2. ¿Tu máscara está presentando demasiadas fugas de aire?
 3. ¿Cuándo fue la última vez que cambiaste la almohadilla o la interfaz? Estas revisiones nos ayudan a usar evidencia objetiva (no solo suposiciones) para tomar las mejores decisiones para tu tratamiento.
- **Contraindicación de la máscara magnética:** Si usted o su pareja de cama tienen algún **Dispositivo médico implantado** (por ejemplo, marcapasos, desfibrilador, clip para aneurisma) u otro dispositivo que pueda verse afectado por las mascarillas que contienen imanes, infórmenos. Algunas mascarillas usan pequeños imanes — elegiremos una opción segura si tiene un implante.

ELEGIR LA MÁSCARA ADECUADA – CONTINUACIÓN

□ CONSEJOS DE MEJORES PRÁCTICAS PARA TI

- **Participa en el proceso de selección.** La investigación muestra que los pacientes tienen mejores resultados cuando ayudan a elegir el estilo de máscara y se sienten cómodos con ella.
- **Comienza con un buen ajuste y planifica ajustarlo finamente.** Lo que se siente bien hoy puede cambiar con el tiempo (cambios de peso, cambios de presión, sensibilidad de la piel). Si la máscara tiene fugas, causa marcas o te despierta, déjanos ajustarla o cambiarla.
- **Si la respiración nasal está bloqueada o respiras mucho por la boca,** es posible que necesites una máscara facial completa o híbrida en lugar de una nasal. La máscara incorrecta puede provocar fugas, presiones más altas y una terapia menos efectiva.
- **Usa tu mascarilla todas las noches.** La constancia es clave. Según las guías de la Academia Americana de Medicina del Sueño, la educación y el seguimiento temprano son recomendaciones sólidas para lograr una terapia exitosa.
- **Informe cualquier problema a tiempo.** Si tu piel comienza a reaccionar, tienes molestias, fugas o notas que no puedes dormir toda la noche con tu máscara, avísanos. Detectar los problemas a tiempo lleva a mejores resultados.

□ NUESTRO COMPROMISO CONTIGO

Trabajaremos contigo — no solo te entregaremos una máscara y nos iremos. Revisaremos los datos de tu dispositivo, monitorearemos cómo estás progresando y haremos los ajustes necesarios. Creemos que, con la máscara adecuada y el apoyo correcto, tu terapia puede ser tanto cómoda como efectiva.

COMENZANDO CON RESMED myAir™

CONECTANDO A RESMED myAIR™:

MyAir™ es una herramienta y recurso útil para los pacientes que utilizan la terapia del sueño. Es una aplicación fácil de usar que proporciona retroalimentación personalizada, realiza un seguimiento del progreso y ofrece consejos para ayudar a los pacientes a mantenerse efectivamente en la terapia.

LOS PACIENTES PUEDEN DESCARGAR MYAIR™ EN MÚLTIPLES PLATAFORMAS:

- **Dispositivos Android:** Google Play Store
- **iPhone/iPad:** Apple App Store
- **Web:** myAir.resmed.com

Para los pacientes que utiliza **AirSense 11 PAP**, myAir™ puede conectarse mediante Bluetooth, lo que les permite verificar el ajuste de la mascarilla y asegurarse de que la terapia sea efectiva.

Con myAir™, los pacientes tienen una forma conveniente de monitorear su terapia, mantenerse involucrados y optimizar sus resultados de sueño.

REGISTRARSE PARA DISPOSITIVO CPAP O BI-LEVEL PARA myAir™

- ResMed AirSense 11 con módem: Usar Bluetooth
- ResMed AirSense 10 con módem: Introduzca su número de serie de PAP en myAir™

BENEFICIOS Y CARACTERÍSTICAS:

- Los pacientes que usan myAir™ logran cumplir para el día 23 después de iniciar la terapia.
- Los pacientes que utilicen myAir™ podrán monitorear:
 - Uso diario
 - Sellado de mascarilla
 - Eventos por hora

EMPEZANDO CON RESMED myAir™

– CONTINUACIÓN

NOVEDADES EN myAir™: CONOCE A DAWN

- MyAir™ ahora cuenta con una asistente virtual llamada Dawn, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Dawn puede responder tus preguntas en tiempo real y compartir videos y consejos útiles para guiarte en cualquier momento, de día o de noche.

CONSEJOS PARA SENTIRSE CÓMODO CON SU TERAPIA PAP

Recomendamos tomar nota de cualquier efecto secundario de la terapia PAP para discutirlo con su entrenador de cumplimiento de terapia respiratoria o con su médico.

DESCARGA LA APLICACIÓN myAIR™

- **Comience despacio y de manera gradual** - Empiece a usar su dispositivo por períodos cortos mientras está despierto, durante 30 minutos mientras lee un libro o mira televisión para acostumbrarse a la mascarilla. Esto ayuda a que su cuerpo se adapte a la sensación de usar una mascarilla.
- **Crea una rutina consistente** - Usa tu dispositivo a la misma hora todas las noches, idealmente como parte de tu rutina antes de dormir, para convertir la terapia en un hábito y mejorar la adherencia a largo plazo.
- **Metas alcanzables** - establece metas pequeñas y alcanzables para aumentar gradualmente el uso de tu terapia PAP.

GUIA DE REFERENCIA RÁPIDA DE TERAPIA PAP

Manténgalo cerca de su mesita de noche. Más información disponible en prismhc.com Recursos de Terapia PAP

- **Humedad / Agua en la manguera**
 - Ajusta la temperatura del humidificador igual que el termostato de la casa a la hora de dormir. Si la temperatura

de la casa baja por la noche, sincronízala con la nueva temperatura, o

- Baja el humidificador a 4 o menos si es necesario.

o **Problemas de encendido**

- Asegúrese de que el PAP esté conectado
- Verifica el adaptador de corriente: la luz verde debería encenderse.
- Si no, intenta con otro enchufe; si aún no se enciende → reemplaza el adaptador de corriente.
- Si el dispositivo sigue sin encender después de verificar el adaptador → el dispositivo necesita reparación.

o **PAP No está registrando datos**

- Verifica las barras de señal celular en la pantalla del PAP.
- Desconecta el dispositivo durante 1 minuto y vuelve a conectarlo.
- Mueve el dispositivo a otra área si la señal es débil.

o **Molestias / Problemas con la máscara**

- Cambie los cojines de la máscara mensualmente; el arnés cada 3-6 meses.
- La máscara puede sentirse voluminosa al principio; la mayoría se adapta en ~30 días.
- Llámenos si tiene irritación en la piel o marcas de presión.
- Ajuste las correas y el arnés mientras esté acostado.

o **Fuga de la mascarilla**

- Asegúrese de cambiar los cojines de la máscara mensualmente.
- Ajuste o apriete las correas y el arnés de la máscara.
- Lave la máscara diariamente; colóquela correctamente mientras está acostado.

o **Nariz seca / congestiónada y boca seca**

- Encienda la humedad del PAP.
- Coloque un humidificador de niebla fresca junto a la cama.
- Remedios de venta libre: Biotene, Xylimelts, Nasogel (consulte primero con el médico).

CONSEJOS PARA SENTIRTE CÓMODO CON TU TERAPIA PAP – CONTINUACIÓN

- Remedios para la congestión nasal: Flonase, Nasacort, enjuagues nasales (consulte con el médico).
 - Reemplace la almohadilla de la máscara mensualmente.
 - Lávese la cara y afeite el vello facial si es necesario antes de colocar la máscara.
- o **Boca seca**
- Use una correa para la barbilla (según indicación del médico).
 - Asegúrate de que la máscara esté bien ajustada para reducir la respiración por la boca.
- o **Aerofagia** (hinchazón del estómago)
- Use una almohada firme o extra para el soporte del cuello.
 - Hinchazón persistente → la presión puede ser demasiado alta → contacta al médico.
- o **Claustrofobia**
- Claustrofobia persistente → llame a nuestra oficina: 847-310-4730 ext. 8230 para revisar otras opciones de mascarillas.
- o **Dificultad para tolerar la presión**
- Si la presión de aire de tu máquina se siente demasiado fuerte o incómoda, ajusta o añade tiempo de rampa, o habla con tu médico.
 - Solo tu médico puede cambiar la prescripción de la presión. No intente ajustarla por su cuenta
- o **Consejos adicionales:**
- Registra los síntomas a diario para compartirlos con tu médico.
 - La mayoría de las soluciones implican ajustar la mascarilla, la posición del cuello y el uso constante.
 - Guía completa y recursos visuales disponibles en prismhc.com.

CÓMO LIMPIAR Y CUIDAR SUS SUMINISTROS DE PAP

No se recomienda el uso de limpiadores con ozono para limpiar los suministros de PAP, ya que su uso puede dañar el equipo y anular la garantía del fabricante.

CUIDADO DIARIO

☐ **Mascarilla:**

- **Limpie la almohadilla de la máscara:** Lávalo con agua tibia y jabón. Usa un jabón suave sin fragancias ni lociones.
- **Enjuague bien:** Asegúrate de enjuagar todos los residuos de jabón para evitar irritación de la piel.
- **Seca:** Deja que la mascarilla se seque al aire por completo sobre una toalla limpia, alejada de la luz solar directa.
- **No use productos antibacteriales** o gel de alcohol para desinfectar

☐ **Tanque de agua- humidificador**

- **Vaciar el agua:** Todas las mañanas, vacía el agua restante en el tanque de agua.
- **Enjuague:** Enjuague el tanque con agua tibia para eliminar cualquier residuo.
- **Agua destilada:** Use solo agua destilada en el tanque de agua de su humidificador.

CÓMO LIMPIAR Y CUIDAR SUS SUMINISTROS DE PAP – CONTINUACIÓN

CUIDADO SEMANAL

- **Mascara y casco:**
 - **Limpieza profunda:** Lave toda la máscara, incluyendo el arnés, con agua tibia y con jabón. Déjela en remojo durante unos minutos antes de enjuagarla
 - **Inspeccionar:** Revisar si hay signos de desgaste o daño.
 - **Tanque de agua - humidificador:** Lave con agua tibia y jabón. También puede usar una mezcla de una parte de vinagre por cinco partes de agua para desinfectar y eliminar cualquier acumulación de minerales.
 - **Enjuague bien:** Asegúrate de que todo el residuo de jabón o vinagre esté completamente enjuagado.

- **Tubo:**
 - **Lavar:** Use agua tibia con jabón y límpielo a fondo. **NO sumerja** el extremo del tubo donde está el control de temperatura.
 - **Enjuague:** Lave la tubería con agua limpia para eliminar todos los residuos de jabón.
 - **Seco:** Cuelgue el tubo sobre una toalla o en un lugar similar para que se seque completamente al aire.

- **Filtro:**
 - **Inspeccionar y limpiar:** Los filtros desechables deben reemplazarse según las indicaciones del fabricante y/o cuando aparezca decoloración.

CÓMO LIMPIAR Y CUIDAR SUS SUMINISTROS DE PAP – CONTINUACIÓN

CUIDADO MENSUAL

- **Tubería:**
 - **Limpieza profunda:** Use agua tibia con jabón y límpielo a fondo. **NO sumerja** el extremo del tubo donde está el control de temperatura.
 - **Enjuague** a fondo.
 - **Secado:** Deje secar al aire completamente antes de usar.
- **Arnés y correa de barbilla:**
 - **Inspeccionar:** Verifique si hay signos de desgaste, pérdida de elasticidad o daños.
- **Tanque de agua- humidificador:**
 - **Inspeccione si hay daños:** Busque grietas o signos de desgaste que puedan afectar su rendimiento.
- **Máquina y adaptador de corriente**
 - **Limpieza:** Use un paño húmedo para limpiar el exterior de la máquina CPAP y el cable para eliminar el polvo.
- **Filtros:**
 - **Reemplazar los filtros desechables:** Cambie los filtros desechables según las recomendaciones del fabricante, generalmente una vez al mes.

Siguiendo este calendario de cuidado, garantizará que sus suministros de PAP se mantengan limpios, funcionales y efectivos, contribuyendo a una mejor terapia de PAP y a su salud en general.

CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA PAP PARA LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

REQUISITOS DE SEGURO SIMPLIFICADOS

Estas son pautas generales de terapia PAP alineadas con los requisitos de Medicare y comúnmente seguidas por la mayoría de los proveedores de seguros. Para conocer las reglas específicas de su cobertura, consulte directamente con su compañía de seguros.

- PERIODO DE cumplimiento INICIAL** para pacientes que usan terapia PAP para tratar la apnea obstructiva del sueño (AOS).

QUE CUBRE MEDICARE

<p>Medicare cubre su PAP durante los primeros 3 meses.</p>	<p>La cobertura continua más allá de los primeros 3 meses requiere que su médico confirme que usted se está beneficiando de la terapia y usa su PAP regularmente mediante una cita presencial en el consultorio.</p>	<p>Si no cumple con el uso requerido (período de cumplimiento), Medicare dejará de realizar el pago.</p>
---	--	--

TU RESPONSABILIDAD

<p><input type="checkbox"/> Use su dispositivo PAP al menos 4 horas por noche el 70% de las noches (aproximadamente 21 noches en cualquier periodo de 30 días) durante los primeros 3 meses</p> <p><input type="checkbox"/> Su dispositivo registra el uso, el cual será revisado por su médico para confirmar el cumplimiento.</p>	<p><input type="checkbox"/> Programa una reevaluación clínica presencial con tu médico no antes del día 31 y no después del día 91 después de comenzar la terapia PAP.</p> <p><input type="checkbox"/> Su médico verificará que sus síntomas de AOS hayan mejorado y revisará los datos de uso.</p> <p><input type="checkbox"/> Fecha de la cita: ____/____/____</p>	<p><input type="checkbox"/> Si los requisitos de uso o el seguimiento del médico no se completan dentro de este plazo, Medicare dejará de pagar por su dispositivo PAP y los suministros relacionados. Usted será responsable económicamente del dispositivo y los suministros asociados. Para beneficiarios que no sean de Medicare, consulte con su seguro médico sobre la política de cumplimiento específica de su plan.</p>
--	--	--

*Si Medicare ya ha cubierto su dispositivo CPAP por un período de alquiler de 13 meses, y ahora está recibiendo un segundo dispositivo a través de Medicare, no se requiere que complete un nuevo período de cumplimiento.

CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA BI-NIVEL PARA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA NO CRÓNICA

REQUISITOS DE SEGURO SIMPLIFICADOS

Estas son pautas generales de terapia PAP alineadas con los requisitos de Medicare y comúnmente seguidas por la mayoría de los proveedores de seguros. Para conocer las reglas específicas de su cobertura, consulte directamente con su compañía de seguros.

- PERIODO inicial** de cumplimiento para pacientes que usan terapia BIPAP para TRATAR trastornos neuromusculares, trastornos torácicos restrictivos, apnea del sueño central o compleja O síndrome de hipoventilación.

QUE CUBRE MEDICARE

Medicare cubre tu PAP durante los primeros 3 meses .	La cobertura continua más allá de los primeros 3 meses requiere que su médico confirme que usted se está beneficiando de la terapia y usa su PAP de manera regular.	Si no cumples con el uso requerido (Periodo de cumplimiento), Medicare dejará de realizar pagos
---	---	---

TU RESPONSABILIDAD

<input type="checkbox"/> En los primeros 3 meses, use su dispositivo PAP un promedio de 4 horas por cada 24 horas para el momento del período de reevaluación. <input type="checkbox"/> Su dispositivo registra el uso, el cual será revisado por su médico para confirmar el cumplimiento.	<input type="checkbox"/> Programa una reevaluación clínica presencial con tu médico no antes del día 61 y no después del día 91 después de comenzar la terapia PAP. <input type="checkbox"/> Su médico comprobará que su dispositivo PAP esté mejorando sus síntomas o la respiración y revisará sus datos de uso para confirmar el cumplimiento. <input type="checkbox"/> Fecha de la cita: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Si no se cumplen los requisitos de uso o el seguimiento médico dentro de este plazo, Medicare dejará de pagar por su dispositivo PAP y los suministros relacionados. Usted será responsable económicamente del dispositivo y de los suministros asociados. Para beneficiarios que no sean de Medicare, consulte con su seguro médico sobre la política de cumplimiento específica de su plan.
--	---	--

CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA BI-LEVEL PARA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

PERIODO DE EVALUACIÓN INICIAL: PRIMEROS 6 MESES

QUE CUBRE MEDICARE

Medicare cubre su TERAPIA BI-NIVEL como un alquiler mensual durante 180 días (6 meses) .	Medicare requiere prueba de uso para continuar con la cobertura después de 6 meses . La prueba de uso se detalla en la sección de Su Responsabilidad.	Si no cumple con el uso requerido (período de cumplimiento), Medicare dejará de realizar el pago .
---	--	--

TU RESPONSABILIDAD

<input type="checkbox"/> Utilice su TERAPIA BI-NIVEL durante al menos 4 horas/día durante 21 días en un período consecutivo de 30 días en los primeros 6 meses. <input type="checkbox"/> Usar terapia Bi-Level IPAP > 15 cmH2O + Frecuencia respiratoria > 14 rpm	<input type="checkbox"/> Programe su seguimiento con su médico ANTES de que transcurran los 6 meses. El médico necesitará documentar los beneficios y el uso de la terapia. <p style="text-align: center;">Fecha de la cita: ____/____/____</p> <input type="checkbox"/> El médico debe documentar una o más de las siguientes: normalización de los gases arteriales (ABG) a <46, estabilización del aumento de los gases arteriales, reducción del 20% en los gases arteriales, o mejora de al menos uno de los siguientes síntomas: dolor de cabeza, fatiga, dificultad para respirar, confusión o calidad del sueño.	<input type="checkbox"/> Si no se cumplen el requisito de uso Y la cita de seguimiento antes del período de 6 meses, Medicare puede dejar de cubrir el costo, y usted tendría que pagar \$334.98 por mes para mantener la terapia PAP y un gasto adicional por los suministros de PAP.
--	--	---

CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA BI-NIVEL PARA LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA - CONTINUACIÓN

INFORMACIÓN IMPORTANTE

<p>Contáctenos si usted experimenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas con la máscara - Molestias por la presión - Problemas de humidificación - Mal funcionamiento del equipo 	<p>Prism Health Care y su médico realizan un seguimiento de su uso mensualmente y le ayudarán a tener éxito</p>	<p>Llámanos de lunes a viernes 8:30 a.m.-5:00 pm 847-310-4730 También tenemos atención de emergencia las 24 horas para los equipos</p>
---	---	---

SEGUNDO PERIODO DE EVALUACIÓN: MESES 7-12

QUE CUBRE MEDICARE	TU RESPONSABILIDAD	SI NO SE CUMPLE EL USO MENSUAL
<p>CADA MES Usar TERAPIA BI-NIVEL \geq 4 horas/día en el 70% de los días del mes (por ejemplo, 21 de 30 días.</p>	<p>Sigue usando tu dispositivo según lo prescrito.</p>	<p>Medicare dejará de pagar, y usted tendría que pagar \$334.98/mes más los suministros asociados.</p>

REEMPLAZO DE SUMINISTROS DE PAP

Después de 30 días de su inicio, puede crear una cuenta de reposición de suministros. Por favor, siga estos sencillos pasos:

- ❑ Después de que hayan transcurrido 30 días, llama al 877-398-9336 para realizar tu primer pedido con el programa de reabastecimiento SNAP.
- ❑ El representante de servicio al cliente te dará la opción de hacer tu pedido por teléfono o enviarte un enlace por correo electrónico para realizar tu primer pedido.
- ❑ Una vez completado tu primer pedido, podrás optar por usar el enlace por correo electrónico para registrarte en nuestro portal de Reabastecimiento Rápido de PAP o en la aplicación usando el enlace <https://portal.snapworx.com/Account/SignIn> o con el código QR que aparece abajo.
- ❑ Para pedidos futuros, recibirás notificaciones según la preferencia que hayas seleccionado, por ejemplo, llamada telefónica, correo electrónico o mensaje de texto.
- ❑ Las notificaciones se activan según la frecuencia permitida por tu seguro médico para el suministro de insumos.
- ❑ Contáctanos al 877-398-9336 para asistencia o información adicional.
- ❑ Descarga hoy la aplicación de reabastecimiento SNAP para tener acceso rápido y fácil tus suministros.

SNAP
Resupply



Supply Reorders Made Easy
[Click here or Scan the QR Code](#)
to Download our App Today

0

- ❑ Si no deseas descargar la aplicación, puedes llamar al 1-877-398-9336 para realizar tu pedido de suministros.

REEMPLAZO DE SUMINISTROS DE PAP - CONTINUACIÓN

CRONOGRAMAS DE SUMINISTRO DE PAP PARA MEDICARE, MEDICAID Y SEGUROS DE SALUD PRIVADOS

Descripción	Cantidad Máxima Permitida para Medicare y Seguro Privado	Cantidad Permitida Organización de Atención Administrada de Medicaid
Máscara facial completa	1 Cada 90 Días	1 Cada 180 Días
Cojín de máscara facial completa	1 Cada 30 Días	1 Cada 365 Días
Cojín nasal	2 Cada 30 Días	2 Cada 60 Días
Almohadillas nasales	2 Cada 30 Días	2 Cada 60 Días
Máscara nasal	1 Cada 90 Días	1 Cada 180 Días
Arnés de máscara	1 Cada 180 Días	1 Cada 180 Días
Correa para la barbilla	1 Cada 180 Días	1 Cada 180 Días
Tubo estándar	1 Cada 90 Días	1 Cada 180 Días
Filtros desechables	1 Cada 30 Días	1 Cada 30 Días
Filtro no desechable	1 Cada 180 Días	1 Cada 180 Días
Cámara de agua	1 Cada 180 Días	1 Cada 120 Días
Tubo calefaccionado	1 Cada 90 Días	1 Cada 180 Días



1337 BASSWOOD ROAD, SCHAUMBURG, IL 60173
PHONE: 847-310-4730 | FAX: 872-469-1673
WWW.PRISMHC.COM

