DME MAC Jurisdicción C

NOTICIAS DEL MES

— OCTUBRE 2023 —

Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

1. **Cambio de MBI**

- CMS envió recientemente cartas a las personas con Medicare que pudieron haber sido afectadas por una reciente filtración de datos. Por lo tanto, se están enviando por correo aproximadamente 47.000 nuevas tarjetas de Medicare con un nuevo MBI a los afectados.
- Siempre verifique la elegibilidad de los beneficiarios de Medicare antes de enviar una reclamación a Medicare. Puede verificar la elegibilidad a través del portal myCGS o usando el sistema de interactivo de respuesta de voz (IVR). Si recibe el mensaje de error "MBI no válido", es posible que el MBI de su paciente haya cambiado.
- Para enviar su reclamación:
  - Con fechas de servicio anteriores a la fecha de cambio del MBI: Utilice el MBI antiguo o el nuevo
  - Reclamaciones que incluyen una fecha anterior a la fecha de cambio del MBI “From Date”: Use el MBI antiguo o el nuevo
  - Con fechas de servicio que son del mismo día o posteriores a la fecha de efectividad del cambio de MBI: Utilice el nuevo MBI

2. **Revisión de las Determinaciones de Cobertura Local o LCD y los Artículos de la Política**

Equipos de Compresión Neumática. Efectivo 10/22/2023

- LCD
  - Se agregó información relacionada con la compresión arterial neumática intermitente
- Artículo de la Política
  - Se agregó la ddescripción completa de E0676 en la última frase
  - Se removió la tabla que contiene únicamente una descripción del código HCPCS E0676

Apósitos Quirúrgicos. Efectivo 09/07/2023

- Artículo de la Política
  - Se removió "Tiene una propiedad no adherente sobre el sitio de la herida" con respecto al apósito de espuma, códigos HCPCS A6209, A6210, A6211, A6212, A6213, A6214, A6215

Desfibriladores Automáticos Externos. Efectivo 10/01/2023

- Artículo de la Política
  - Se agregó el código ICD-10-CM I21.B a códigos de los grupos 1 y 2 debido a las actualizaciones del código ICD-10-CM

Bombas de Infusión Externa. Efectivo 10/01/2023

- Artículo de la Política
  - Se removió el código ICD-10-CM G20 de códigos del grupo 4 debido a las actualizaciones de los códigos ICD-10-CM

- Se agregaron los códigos ICD-10-CM G20.A1, G20.A2, G20.B1, G20.B2 a los códigos del grupo 4 debido a las actualizaciones de los códigos ICD-10-CM

Equipos de Inspiración y Espiración Mecánica. Efectivo 10/01/2023

- Artículo de la Política
  - Se agregó Código ICD-10-CM E74.05 a códigos del grupo 1 debido a actualizaciones de los códigos ICD-10-CM

Medicamentos Orales Anticáncer. Efectivo 10/01/2023

- Artículo de la Política
  - Se removió el código ICD-10-CM D48.1 de los códigos del grupo 7 debido a actualizaciones de los códigos ICD-10-CM
  - Se agregaron los códigos ICD-10-CM D48.110, D48.111, D48.112, D48.113, D48.114, D48.115, D48.116, D48.117, D48.118, D48.119, D48.19 a los códigos del grupo 7 debido a actualizaciones de los códigos ICD-10-CM

Medicamentos Orales Antieméticos. Efectivo 10/01/2023

- Artículo de la Política
  - Se removió el código ICD-10-CM D48.1 de códigos del grupo 1 debido a actualizaciones de los códigos ICD-10-CM
  - Se agregaron los códigos ICD-10-CM D48.110, D48.111, D48.112, D48.113, D48.114, D48.115, D48.116, D48.117, D48.118, D48.119, D48.19 a los códigos del grupo 1 debido a actualizaciones de los códigos ICD-10-CM

Asientos para las Sillas de Ruedas. Efectivo 10/01/2023

- Artículo de la Política
  - Se removieron los códigos ICD-10-CM G20 y G37.8 de los códigos del Grupo 2 y Grupo 4, debido a actualizaciones de los códigos ICD-10-CM
  - Se agregaron los códigos ICD-10-CM E75.27, E75.28, G20.A1, G20.A2, G20.B1, G20.B2, G20.C, G31.80, G31.86, G37.81 y G37.89 a los códigos del grupo 2 y del grupo 4, debido a las actualizaciones del código ICD-10-CM y se agregó el código ICD-10-CM G31.89 a los códigos de grupo 2 y grupo 4

Zapatos Ortopédicos. Efectivo 11/01/2023

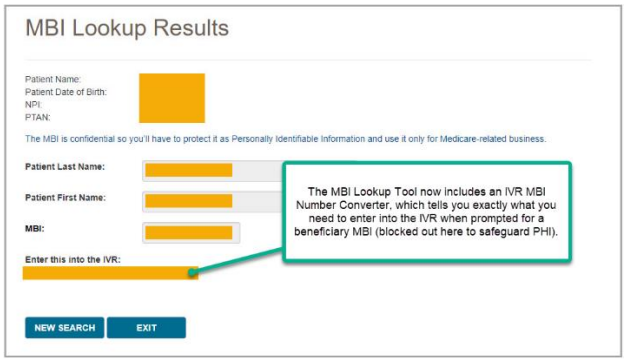
- Artículo de la Política
  - Se agregó la siguiente declaración: "Al facturar por el reemplazo de un zapato o un “transfer” de zapato que es parte integral de una órtesis para la pierna, se debe agregar el modificador KX al código"

Grúas de Paciente. Efectivo 01/01/2020

- Artículo de la Política
  - Se agregó la descripción del código E0635

3. Nueva Versión de myCGS 7.3.14 y 7.3.15

- Versión 7.3.14:
  - Un convertidor del MBI en dígitos que pueden ser usados para la búsqueda de información en el IVR



- El Resumen del Estatus de una Reclamación ahora incluye la función de imprimir la página
- En la versión 7.3.15 hemos actualizado la pantalla de la Elegibilidad del Beneficiario/Pagador Secundario de Medicare (MSP) para incluir un nuevo campo “Ongoing Responsibility Medicals” (ORM). Este campo se completará cuando el registro MSP de un beneficiario incluya un valor ORM, como se muestra en la imagen a continuación.

4. Actualización de los Códigos HCPCS-Edición de Octubre

- Códigos Agregados
  - Nutrición Enteral
    - B4148: Enteral feeding supply kit; elastomeric control fed, per day, includes but not limited to feeding/flushing syringe, administration set tubing, dressings, tape
  - Estimulador Neuromuscular Eléctrico (NMES)
    - E0490; Power source and control electronics unit for oral device/appliance for neuromuscular electrical stimulation of the tongue muscle, controlled by hardware remote
    - E0491: Oral device/appliance for neuromuscular electrical stimulation of the tongue muscle, used in conjunction with the power source and control electronics unit, controlled by hardware remote, 90-day supply
  - Ortesis de Extremidad Inferior
    - L1681: Hip orthosis, bilateral hip joints and thigh cuffs, adjustable flexion, extension, abduction control of hip joint, postoperative hip abduction type, prefabricated item that has been trimmed, bent, molded, assembled, or otherwise customized to fit a specific patient by an individual with expertise
  - Prótesis de Extremidad Inferior
    - L5991: Addition to lower extremity prostheses, osseointegrated external prosthetic connector
  - Misceláneos
    - A9156: Oral mucoadhesive, any type (liquid, gel, paste, etc.), per 1 ml
    - A9268: Programmer for transient, orally ingested capsule
    - A9269: Programable, transient, orally ingested capsule, for use with external programmer, per month
    - K1036: Supplies and accessories (e.g., transducer) for low frequency ultrasonic diathermy treatment device, per month
    - V2526: Contact lens, hydrophilic, with blue-violet filter, per lens

- Códigos Actualizados
  - Suministros para urología
    - A4344 **Anterior**: Indwelling catheter, foley type, two-way, all silicone, each. **Actual**: Indwelling catheter; foley type, two-way, all silicone or polyurethane, each
  - Misceláneos
    - K1004 **Anterior**: Low frequency ultrasonic diathermy treatment device for home use, includes all components and accessories. **Actual:** Low frequency ultrasonic diathermy treatment device for home use
    - K1028 **Anterior:** Power source and control electronics unit for oral device/appliance for neuromuscular electrical stimulation of the tongue muscle for the reduction of snoring and obstructive sleep apnea, controlled by phone application. **Actual:** Power source and control electronics unit for oral device/appliance for neuromuscular electrical stimulation of the tongue muscle, controlled by phone application

5. **Cambio de Dirección para Envío "Overnight" de Cheques de Rembolsos**

- A partir de Octubre 14, 2023 para envíos "overnight" de cheques por rembolsos deberá enviarse a la siguiente dirección:
  CGS Administrators, LLC
  Lockbox 955152
  3180 Rider Trail South
  SL-MO-R1LB
  Earth City MO 63045

Educación en Español Programada para este Mes (2 pm hora de Puerto Rico y EST)

- **Octubre 10: Prótesis Externas para Seno**
- **Octubre 12: Zapatos para Personas con Diabetes**
- **Octubre 17: Denegaciones y Apelaciones**
- **Octubre 19: Bombas de Succión Gástrica y Respiratoria**
- **Octubre 24: Superficies de Apoyo (Colchones para el manejo de ulceras)**
- **Octubre 26: Zapatos Ortopédicos**

NO tienen ningún costo, para horarios e inscripciones por favor consulte nuestra página de Internet https://www.cgsmedicare.com

- Al lado izquierdo de la página haga clic en **"CGS en Español"**
- **Haga clic en** "Recursos Educativos" y después en "Educación en Línea (Webinars)" y encontrará el listado de webinars programados. Para inscribirse, debe hacerlo directamente en la plataforma "Cvent" usando los enlaces de internet que encuentra en esta página.

Noticias y Nuevas Publicaciones

Para tener acceso a estas publicaciones debe ir a https://www.cgsmedicare.com

- Haga clic en "JC DME**"**
- **Al lado izquierdo** de la página haga clic en "News & Publications", después en "News" y por último sobre la publicación que desea consultar

Para esta edición tenemos:

1. **Septiembre 6: "Did You Know the Treating Practitioner Must Conduct and Sign Any Follow Up Visits for Continuous Glucose Monitor (CGM) Coverage?"** En esta publicación se les recuerda a los

proveedores que de acuerdo con la Determinación de Cobertura Local de los Monitores de la Glucosa (LCD L33822), para continuar con la cobertura del CGM, cada seis (6) meses después de la orden inicial del CGM, el médico o profesional tratante debe realizar una visita con el beneficiario en persona o a través de Telesalud aprobada por Medicare para documentar el cumplimiento de su régimen de uso del CGM y el plan de tratamiento de la diabetes. Para Medicare, un farmacéutico no se considera un profesional tratante; por lo tanto, una nota de un farmacéutico en el expediente médico de un beneficiario no cumple con los requisitos de la continuación de la cobertura de la LCD de Monitores de la Glucosa.

Para más información consulte esta publicación.

2. **Septiembre 7: "Correct Coding and Coverage of Ventilators – Revised"** En esta publicación se les informa a los proveedores que la tecnología de los ventiladores ha evolucionado hasta el punto en que es posible tener un solo equipo capaz de funcionar en modalidades diferentes, desde presión positiva continua básica (presión positiva continua en las vías respiratorias o CPAP y presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias o PAP) hasta presión tradicional y ventilador de volumen. El equipo codificado como E0467 agrega funciones más allá de estos modos de ventilador e incorpora succión, concentración de oxígeno, nebulización y estimulación de la tos. Esto permite que un equipo pueda reemplazar numerosos y diferentes equipos. Los equipos con capacidad de multifunción crean la posibilidad de errores en las reclamaciones presentadas.

   A partir de Enero 1, 2016, todos los equipos clasificados como ventiladores deben facturarse utilizando uno de los siguientes códigos HCPCS:

   - E0465 – Ventilador para uso en casa, de cualquier tipo, utilizado con interfaz invasiva, (ej. tubo de traqueostomía)
   - E0466 – Ventilador para uso en casa, de cualquier tipo, utilizado con interfaz no invasiva, (ej. mascarilla)

   Para las reclamaciones con fechas de servicio a partir de Enero 1, 2019 el siguiente código de ventilador puede usarse para la facturación de Medicare:

   - E0467 – Ventilador para uso en casa, equipo respiratorio multifunción que también realiza alguna o todas las funciones adicionales de concentración de oxígeno, nebulización de medicamentos, aspiración y estimulación de la tos, incluye todos los accesorios, componentes y suministros para todas las funciones

   Los requisitos de la política de pago para la categoría de pago de servicios frecuentes y sustanciales (FSS) prohíben el pago como FSS para los equipos utilizados para administrar presión positiva continua y/o intermitente en las vías respiratorias, independientemente de cuál sea la enfermedad tratada con dicho equipo (Ley del Seguro Social 1834 (a)(3)(A)). Esto significa que los equipos con el código HCPCS E0465, E0466 o E0467 cuando se utilizan para proporcionar terapia CPAP o PAP de dos niveles (con o sin frecuencia de respaldo), independientemente de la condición médica subyacente, no se pueden pagar dentro de la categoría de pago FSS. Por lo tanto, el uso del código E0601 de los equipos de CPAP o los códigos E0470 o E0471 del PAP de dos niveles para un ventilador E0465 o E0466 utilizado para administrar terapia CPAP o PAP de dos niveles se considera como codificación incorrecta.

   Existen requisitos adicionales relacionados con la facturación del código E0467. El código E0467 combina la función de un ventilador con todo lo siguiente:

   - Equipo de oxigeno
   - Nebulizador y compresor
   - Aspirador (equipo de succión)
   - Estimulador de la tos (múltiples productos)

   Si el equipo es un ventilador de múltiples funciones, pero no incluye todas las funciones enumeradas anteriormente no debe codificarse como E0467. Los ventiladores de múltiples funciones que combinan algunas, pero no todas las funciones enumeradas anteriormente deben codificarse como E1399 (equipo médico duradero, misceláneos).

   El código E0467 incluye los siguientes códigos HCPCS:

   - Ventiladores (E0465, E0466)
   - Equipos de oxígeno y oxígeno (E0424, E0431, E0433, E0434, E0439, E0441, E0442, E0443, E0444, E0447, E1390, E1391, E1392, E1405, E1406 y K0738)

- Nebulizadores y accesorios (E0565, E0570, E0572, E0585, A4619, A7003, A7004, A7005, A7006, A7007, A7012, A7013, A7014, A7015, A7017, A7525 y E1372)
- Aspirador y accesorios (E0600, A4216, A4217, A4605, A4624, A4628, A7000, A7001, A7002 y A7047)
- Estimuladores de la tos (múltiples artículos): Equipos mecánicos de inspiración y espiración y accesorios (E0482 y A7020), equipos de oscilación de la pared torácica de alta frecuencia (HFCWO) y accesorios (E0483, A7025, A7026), equipo oscilatorio de presión espiratoria positiva (Ej. Flutter, Acapella y artículos similares) (E0484), equipos de PAP, equipos de asistencia respiratoria (RAD) y accesorios (E0470, E0471, E0472, E0601, A4604, A7027, A7028, A7029, A7030, A7031, A7032, A7033, A7034, A7035, A7036, A7037, A7038, A7039, A7044, A70 45, A7046, E0561, E0562)
- Aparatos bucales (E0486)

Para fechas de servicio de Abril 3, 2020 o posteriores: Cualquier reclamación por reparación (K0739 por mano de obra y cualquier código HCPCS para artículos de reemplazo) de equipo propiedad del beneficiario identificado por los códigos HCPCS enumerados anteriormente se consideran por separado si la(s) fecha(s) de servicio para la reparación se superponen con alguna(s) fecha(s) de servicio para el código E0467. Las reclamaciones por el código E0467 con una fecha de servicio que se superpone a las fechas de servicio en un mes de renta para cualquiera de los artículos enumerados anteriormente se consideran como reclamaciones por el mismo equipo o uno similar.

Cobertura:

El Manual de Determinación de Cobertura Nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (CMS Pub. 100-03), Capítulo 1, Parte 4, Sección 280.1 estipula que los ventiladores están cubiertos para las siguientes condiciones:

Enfermedades neuromusculares, enfermedades restrictivas torácicas e insuficiencia respiratoria crónica como consecuencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Estos grupos de enfermedades relacionadas con el ventilador se superponen con las condiciones descritas en la Determinación de Cobertura Local (LCD) de los equipos de asistencia respiratoria, la cual es utilizada para determinar la cobertura de los equipos PAP de dos niveles. Cada una de estas categorías son condiciones en la cuales la presentación específica de la enfermedad puede variar de un paciente a otro. Para condiciones como estas, el plan de tratamiento específico para cada paciente individual también variará. La elección del plan de tratamiento apropiado, incluida la determinación de usar un ventilador versus un dispositivo PAP de dos niveles, se realiza según las características específicas de la condición médica de cada beneficiario individual. En caso de revisión de una reclamación, debe haber información suficientemente detallada en el expediente médico para respaldar el tratamiento seleccionado.

Equipos Mejorados (Upgrades)

Una mejora se define como un elemento que va más allá de lo que es médicamente necesario según los requisitos de cobertura de Medicare. En algunos casos, se puede utilizar la política de CMS que permite la facturación usando los modificadores de “upgrades” al proporcionar un artículo o servicio que se considera más allá de lo que es médicamente necesario. Esto no se aplica a los ventiladores en las situaciones descritas anteriormente. Aunque el uso de un ventilador para tratar cualquiera de las condiciones incluidas en la LCD de PAP o RAD se considera "más de lo que es médicamente necesario", las disposiciones de facturación de una mejora (upgrade) no se pueden utilizar para proporcionar un ventilador para las condiciones descritas en la LCD de PAP o RAD. Los equipos de CPAP y PAP de dos niveles están en la categoría de pago de renta, mientras que los ventiladores están en la categoría de pago de FSS. No es posible facturar por mejoras (upgrades) en diferentes categorías de pago.

Categoría de Pago

Los ventiladores se clasifican en la categoría de pago FSS. Los equipos FSS son aquellos para los cuales debe haber un servicio frecuente y sustancial para evitar riesgos para la salud del paciente (Ley del Seguro Social §1834(a)(3)(A)). El pago de la renta mensual para los equipos en esta categoría incluye todo lo necesario, lo que significa que Medicare no paga por separado ninguna opción, accesorio o suministro utilizado con un ventilador. Además, todo el mantenimiento, revisión, reparación y sustitución necesarios también están incluidos en la renta mensual.

Segundo Ventilador

Medicare no cubre equipos de repuesto o de respaldo. El equipo de respaldo debe distinguirse de los múltiples artículos médicamente necesarios que se definen como artículos iguales o similares, en donde cada uno satisface una necesidad médica diferente del beneficiario. Aunque Medicare no paga por separado el equipo de respaldo, Medicare realizará un pago por separado por un segundo equipo si se requiere que este cumpla con un propósito médico diferente determinado de acuerdo con las necesidades médicas del beneficiario.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que un beneficiario calificaría tanto para un ventilador primario como para un ventilador secundario:

- Un beneficiario necesita un tipo de ventilador (por ejemplo, un ventilador de presión negativa con un escudo para el pecho) durante parte del día y necesita un tipo diferente de ventilador (por ejemplo, un ventilador de presión positiva con una máscara nasal) durante el resto del día.
- Un beneficiario que está confinado a una silla de ruedas y que requiere un ventilador montado en la silla de ruedas para usar durante el día y necesita otro ventilador del mismo tipo para usar mientras está en cama. Sin estos dos equipos, el beneficiario puede ser propenso a sufrir ciertas complicaciones médicas, puede no lograr ciertos resultados médicos apropiados o no puede utilizar el equipo médico de manera efectiva.

Para más información consulte esta publicación.

3. **Septiembre 14: "L1681 Prefabricated Bilateral Hip Abduction Orthosis – Correct Coding"** En esta publicación se les informa a los proveedores que como parte del primer ciclo de codificación HCPCS bianual (B1) 2023, CMS estableció un nuevo código HCPCS, L1681 (ortesis de cadera, articulaciones bilaterales de la cadera y muslos, flexión ajustable, extensión, control de abducción de la articulación de la cadera, tipo de abducción de cadera postoperatoria, artículo prefabricado que ha sido recortado, doblado, moldeado, ensamblado o personalizado de otra manera para adaptarse a un paciente específico por una persona con experiencia) efectivo para fechas de servicio a partir de Octubre 1, 2023.

   El código L1681 describe una ortesis prefabricada con una banda rígida o semirrígida en la cintura conectada a montantes rígidos bilaterales que incluye una articulación de la cadera y un manguito rígido del muslo. Ambas articulaciones de la cadera permiten ajuste de extensión/flexión y abducción; la articulación de la cadera alinea y mantiene el fémur en posición de abducción. El L1681 es un producto completo, ya que está dentro de la definición de "prefabricado" el que un artículo en particular esté completo. Las adiciones fabricadas a la medida se rechazarán como codificación incorrecta si se facturan con la ortesis prefabricada L1681, ya que las adiciones fabricadas a la medida solo son apropiadas para ortesis de base fabricadas a la medida.

   El L1681 incluye montaje y ajuste en el momento de la entrega. Los artículos que son prefabricados e incluyen montaje y ajuste también se denominan personalizados. La clasificación como "personalizado" requiere más que un autoajuste mínimo en el momento de la entrega con el fin de proporcionar un ajuste individualizado, es decir, el artículo debe recortarse, doblarse, moldearse (con o sin calor) o modificarse de otra manera, lo que resulta en alteraciones más allá del ajuste mínimo. Este método de ajuste en el momento de la entrega requiere de la experiencia de un ortesista certificado o de una persona que tenga capacitación especializada en la entrega de una ortesis para que pueda adaptar el artículo a cada beneficiario de manera individual.

   Para más información consulte esta publicación.

4. **Septiembre 19: "DMEPOS Fee Schedule: October 2023 Quarterly Update (MLN Matters Number: MM13343)"** En esta publicación se les informa a los proveedores que la actualización trimestral de las tarifas ya está disponible e incluye también los nuevos códigos HCPCS.

   Para más información consulte esta publicación.

Recursos en Español

Recuerde que puede consultar esta edición de las Noticias del Mes y las anteriores en nuestra página de Internet https://www.cgsmedicare.com sección "CGS en Español" bajo "Recursos Educativos"

1. **SECCIÓN DE LA PAGINA DE INTERNET EN ESPAÑOL:** Ahora puede encontrar en español toda la información que necesita en la sección **"CGS en Español"** de nuestra página de internet. **https://www.cgsmedicare.com/jc/espanol/index.html**
2. **Manual del Usuario y Guía de Inscripción de myCGS.** El manual del usuario y la guía de Inscripción de myCGS han sido rediseñados para que sea más fácil para usted encontrar el contenido que necesita. Visite https://www.cgsmedicare.com sección "CGS en Español" myCGS
3. **Cartas "Respetado Doctor"**: Estas cartas han sido escritas por nuestros Directores Médicos y están dirigidas a los médicos que recetan artículos de DME. Visite https://www.cgsmedicare.com sección "CGS en Español" Recursos de Revisión Médica
4. **Herramienta para saber la razón de una denegación y las acciones a tomar.** La herramienta llamada "Herramienta para la Resolución de las Denegaciones de las Reclamaciones" le permite saber la razón específica de su denegación y la/las posibles acciones a tomar. La encuentra en https://www.cgsmedicare.com sección "CGS en Español" Herramientas
5. **Listas de Chequeo de la Documentación:** Estas listas contienen la información detallada acerca de la documentación que se requiere para cada artículo de DME. Visite https://www.cgsmedicare.com sección "CGS en Español" Recursos de Revisión Médica"
6. **Webinars Personalizados:** ***Educación personalizada, gratuita y en español*** a través de su computadora acerca de los criterios de cobertura de los diferentes artículos cubiertos por el DME, documentación general, regulaciones, facturación, etc.; adaptada a sus necesidades particulares y en un horario que le convenga. No tiene ningún costo y solo debe enviarnos un correo electrónico con su solicitud a liliana.hewlett@cgsadmin.com

Lista de Distribución de Correo Electrónico

- Para estar al tanto de las últimas actualizaciones y noticias de la Jurisdicción C en inglés, inscríbase a nuestra Lista de Distribución de Correo Electrónico.
- Para hacerlo, ingrese a la página de Internet de CGS: https://www.cgsmedicare.com y haga clic en "**JC DME**"
  - Al lado derecho de su pantalla haga clic en "Quick Links" y complete la inscripción
  - Verifique que su sistema de correo electrónico acepte correos de CGS

Sus sugerencias o comentarios son importantes para nosotros, déjenos saber cómo ayudarle escribiéndonos a liliana.hewlett@cgsadmin.com

Este boletín no es una comunicación oficial de los DME MAC o de CMS y fue preparado con el fin de que sea una herramienta educativa e informativa y no reemplaza las Leyes o Regulaciones vigentes. No es una traducción literal de las publicaciones a las cuales hace referencia. Se les recomienda a los proveedores de manera muy enfática, que consulten los documentos oficiales de los DME MAC, las publicaciones mencionadas, las Determinaciones de Cobertura Nacional, las Determinaciones de Cobertura Local (LCD) y los Artículos de la Política y de Documentación pertinentes. Visite https://www.cgsmedicare.com y https://www.cms.gov Cualquier cambio en la información a la cual se hace referencia podrá hacerse en cualquier momento y sin previo aviso.

CGS A CELERIAN GROUP COMPANY

CMS CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

© Derechos de Autor 2023, CGS Administrators, LLC