



## Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

### 1. Revisión las Determinaciones Locales de Cobertura (LCD) y los Artículos de las Políticas

- Equipos de Compresión Neumática. Efectivo Enero 1, 2023
  - Revisión del Artículo de la Política: Se agregó la información acerca de la eliminación de los CMN
- Bombas de Infusión Externa. Efectivo Enero 1, 2023
  - Revisión de la LCD:
    - Se eliminaron los términos “no terapéutico”, “no-complementario”, “terapéutico” y “complementario” y el código K0554
    - Adicionalmente, se agregó el código E2103
  - Revisión del Artículo de la Política:
    - Se agregaron los códigos A4238 y A4239 a la tabla que describe los códigos asociados con los códigos de las bomba para la fila de código E0784
    - Se agregó “Para las bombas E0784, se puede facturar A4238 o A4239 si se usa junto con un CGM complementario integrado o no complementario, respectivamente”, después de la tabla que describe los códigos asociados
    - Se agregaron las guías de facturación para los códigos HCPCS E2103 y A4239 a partir del 1 de Enero del 2023
    - Se agregó “NO IMPLANTADO” a la descripción del código CGM E2102 y del código de suministro CGM A4238
    - Se revisaron las fechas de la guía de facturación para los códigos HCPCS K0554 y K0553
    - Se eliminó el lenguaje que describe “no terapéutico”
- Monitores de la Glucosa. Efectivo Enero 1, 2023
  - Revisión de la LCD:
    - Monitores Continuos de la Glucosa o CGM
      - Se eliminó la declaración general del CGM que se refiere tanto a terapéutico/no complementario como a no terapéutico/complementario y se eliminaron los términos “no terapéutico”, “no-complementario”, “terapéutico” y “complementario”
      - Se eliminaron los códigos HCPCS K0554 y K0553
      - Se agregaron los códigos HCPCS E2103 y A4239
    - Requisitos de Resurtido
      - Se eliminó el código K0553
      - Se agregó el código A4239
    - Códigos HCPCS
      - Se revisó la descripción larga del código HCPCS E2102 dentro del Grupo 1
      - Se agregó el código HCPCS E2103 a los códigos del Grupo 1
      - Se eliminó el código HCPCS K0554 de los códigos del Grupo 1
      - Se revisó la descripción larga del código HCPCS A4238 en los códigos del Grupo 2
      - Se agregaron los códigos HCPCS A4239, A9277, A9276 y A9278 a los códigos del Grupo 2
      - Se eliminaron los códigos HCPCS A9279 y K0553 de los códigos del Grupo 2
  - Revisión del Artículo de la Política:
    - Reglas de la cobertura y pago de no-medicamente necesario

- Se agregó "no complementario" a la cobertura de las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 12 de enero del 2017
- Se eliminó "terapéutico" y "no terapéutico" del lenguaje de la prueba
- Se agregó el código HCPCS A4239 a los suministros
- Se eliminó el código HCPCS K0553 de los suministros
- Se agregó el código HCPCS E2103 a la cobertura de suministros de CGM
- Se eliminó el código HCPCS K0554 de la cobertura de suministros de CGM
- Se eliminó el código HCPCS K0554 de la revisión de verificación de codificación por parte del PDAC
- Se agregó el código HCPCS E2103 a la revisión de verificación de codificación del PDAC
- Se agregaron los códigos HCPCS A9276, A9277 y A9278 a los códigos que deben utilizarse para los productos que no cumplen con la categoría de beneficios DME
- Modificadores:
  - Se eliminaron los códigos HCPCS K0553 y K0554 del lenguaje del CGM
  - Se agregaron los códigos HCPCS E2103 y A4239 al lenguaje del CGM
  - Se eliminó el código HCPCS K0554 de las instrucciones del modificador CG para cuando se cumplen todos los criterios de CGM
  - Se agregó el código HCPCS E2103 a las instrucciones del modificador CG para cuando se cumplen todos los criterios de CGM
  - Se eliminó el código HCPCS K0554 de las instrucciones del modificador KF con respecto a los CGM clasificados por la Administración de Alimentos y Medicamentos como dispositivos de Clase III
  - Se agregó el código HCPCS E2103 a las instrucciones del modificador KF con respecto a los CGM clasificados por la Administración de Alimentos y Medicamentos como dispositivos de Clase III
- Guías de Codificación:
  - Se agregó "hasta el 31 de diciembre del 2022" a las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de julio del 2017, que deben facturarse con K0554 y K0553
  - Se agregó "Para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero del 2023, se debe facturar un CGM no complementario con el código E2103 y el código A4239 para la asignación de suministro"
  - Se agregó el código HCPCS E2103 a la descripción de CGM no complementario que cumple con los requisitos de los beneficios de DME
  - Se agregó el código HCPCS A4239 a los suministros
  - Se eliminó el código HCPCS K0553 de los suministros
  - Se agregó el código HCPCS A4239 a la entrega y la facturación
  - Se eliminó el código HCPCS K0553 del lenguaje de entrega y facturación
  - Se agregaron las instrucciones de facturación para fechas de servicio anteriores al 1 de abril del 2022 y a partir del 1 de enero del 2023, para los códigos HCPCS A9276 y A9277 para describir los suministros utilizados con un CGM que no cumple con la definición de DME
  - Se agregaron las instrucciones para no facturar los códigos HCPCS A9276 y A9277 por suministros utilizados con un CGM no complementario (E2103) o suministros de CGM complementarios proporcionados junto con una bomba de infusión de insulina utilizada como receptor de CGM
  - Se agregaron las instrucciones de facturación para usar el código HCPCS A9279, para fechas de servicio entre el 1 de abril del 2022 y el 31 de diciembre del 2022, para describir cualquier sistema de CGM y/o suministros relacionados que no cumplan con el requisito de beneficio de DME
  - Se agregó el código HCPCS E2103 a la "Columna I"
  - Se eliminó el código HCPCS K0553 de la "Columna I"
  - Se eliminó "Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 01/07/2017, los únicos productos que se pueden facturar con el código K0554 son aquellos que se especifican en la PCL en la página de internet del contratista PDAC"

## 2. Revisión de las Tarifas de Medicamentos

- Las tarifas para algunos medicamentos correspondientes a los años 2019, 2020, 2021 y 2022 han sido revisadas. Por favor consulte la sección de tarifas de medicamentos en la página de internet de CGS en <https://www.cgsmedicare.com/jc/coverage/fees/drugfees.html>

## 3. myCGS Versión 7.3.5

- La nueva versión de myCGS 7.3.5 ha agregado varias opciones nuevas relacionadas con la elegibilidad de los beneficiarios, incluida una de las mejoras más solicitadas por los usuarios de myCGS: ¡la dirección completa del beneficiario!
- Las respuestas de elegibilidad ahora incluyen los datos más recientes del HTES con respecto al beneficio del medicamento inmunosupresor de la Parte B (Parte B-ID). La Parte B-ID ayuda a las personas con Medicare a pagar los medicamentos inmunosupresores más allá de los 36 meses posteriores a un trasplante de riñón, si no tienen otra cobertura de atención médica. El nuevo beneficio solo cubre medicamentos inmunosupresores; no se cubren otros artículos o servicios
- Si un beneficiario está inscrito en la Parte B-ID, entonces su elegibilidad de la Parte B en myCGS se mostrará como Parte B - Fechas de vigencia (y finalización) de la ID, como se muestra a continuación

Part A Effective Date:	09/01/2018	Part A End Date:	10/31/2022
Part B - ID Effective Date:	01/01/2023	Part B - ID End Date:	

- La dirección del beneficiario ahora se incluye en las respuestas de la elegibilidad, como puede ver en la imagen a continuación

**Beneficiary Eligibility Summary**

NPI: [Redacted] Medicare ID: [Redacted]  
PTIN: [Redacted] Beneficiary Name: [Redacted]  
Date of Service: [Redacted] Beneficiary Date of Birth: [Redacted]

Medicare ID: [Redacted]  
Beneficiary Name: [Redacted]  
Address on File: [Redacted]

Part A Effective Date: 09/01/1994 Part A End Date:  
Part B Effective Date: 09/01/1994 Part B End Date:

Current Year Deductible To Be Met: 0  
For the current deductible year this beneficiary is enrolled in the Qualified Medicare Beneficiary (QMB) program. Federal law bars Medicare providers from charging individuals enrolled in QMB for Medicare Part A and B deductibles, coinsurances, or copays.

Previous Year Deductible To Be Met: 0  
For the previous deductible year this beneficiary is enrolled in the Qualified Medicare Beneficiary (QMB) program. Federal law bars Medicare providers from charging individuals enrolled in QMB for Medicare Part A and B deductibles, coinsurances, or copays.

DME MAC: C  
Date of Death:

- La información del hospicio se actualizó para incluir el código de revocación del episodio del hospicio. El código de revocación del hospicio mostrará uno de los siguientes valores:

Beneficiario de Medicare en Hospicio

0 – No revocado

Beneficiario de Medicare con cuidado de hospicio revocado

1 – Revocado por aviso de revocación

2 – Revocado por aviso de revocación con código de no pago “N” y código de ocurrencia “42”

3 – Revocado por una reclamación de hospicio con un código de ocurrencia de “23”

- La pantalla SNF/Hospital ahora muestra todas las estadías en SNF/Hospital encontradas dentro de un lapso de 16 meses, un año antes y cuatro meses después de la fecha de servicio ingresada en la búsqueda

#### 4. Reclamaciones de Oxígeno con los Modificadores KX, GA, GY y GZ

- Con la publicación de la Determinación de Cobertura Local de Oxígeno y Equipos de Oxígeno revisada (LCD # L33797), los DME MAC les recuerdan a los proveedores el uso adecuado de modificadores para indicar si el beneficiario cumple o no con los requisitos razonables y necesarios en la LCD. Estos modificadores indican si se cumplen los criterios de pago aplicables (modificador KX) y brindan información adicional relacionada con la cobertura y/o responsabilidad (modificadores GA, GY y GZ) cuando no se cumplen los criterios de la política. El uso de estos modificadores es obligatorio. Las líneas de reclamación facturadas sin un modificador KX, GA, GY o GZ se rechazarán por falta de información
- Modificador KX: Se han cumplido los requisitos especificados de la política médica. El modificador KX debe agregarse a una reclamación de oxígeno o equipo de oxígeno cuando se hayan cumplido todos los requisitos legales y los requisitos razonables y necesarios (R&N). Los proveedores no están obligados a obtener toda la documentación requerida antes de presentar la reclamación; sin embargo, agregar el modificador KX a cada uno de los códigos de oxígeno facturados, sirve como certificación por parte del proveedor de que se han cumplido los requisitos para su uso
- Modificador GA: Exención de responsabilidad (se espera que se deniegue por no ser razonable y necesario, ABN en archivo). Cuando se espera una denegación de la reclamación de Medicare porque un artículo o servicio no cumple con los criterios de R&N, el proveedor debe entregar un ABN al beneficiario antes de proporcionar el artículo o servicio. Cuando el beneficiario acepta la responsabilidad financiera y firma un ABN válido, el proveedor presenta la reclamación a Medicare agregando el modificador GA a cada código HCPCS correspondiente. El modificador GA indica que el proveedor tiene una declaración de exención de responsabilidad en el archivo. El modificador GA no debe enviarse si no se emite un ABN válido. Las reclamaciones presentadas con el modificador GA recibirán una denegación de necesidad médica que responsabilizará al beneficiario
- Modificador GY: El artículo o servicio está excluido por ley o no cumple con la definición de ningún beneficio de Medicare. El modificador GY indica que un artículo o servicio está legalmente excluido o no cumple con la definición de ningún beneficio de Medicare. El oxígeno y los equipos de oxígeno están cubiertos por el beneficio de Equipo Médico Duradero (Ley del Seguro Social §1861(s)(6)). Las reclamaciones presentadas con el modificador GY se rechazarán como no cubiertas por la ley, lo que hará que el beneficiario sea responsable por los servicios excluidos
- Modificador GZ: El artículo o servicio no es razonable ni necesario (se espera que se deniegue por no ser razonable ni necesario, no hay ABN en el archivo). Cuando se espera una denegación de la reclamación de Medicare porque un artículo o servicio no cumple con los criterios de R&N, se espera que el proveedor emita un ABN al beneficiario. Si el proveedor elige aceptar la responsabilidad por la denegación esperada, el proveedor debe agregar el modificador GZ a cada código HCPCS correspondiente. El modificador GZ indica que el proveedor no tiene una declaración de exención de responsabilidad en el archivo. Las reclamaciones enviadas con el modificador GZ recibirán una denegación de necesidad médica que responsabilizará al proveedor
- La selección adecuada del modificador “G” correcto requiere de una evaluación de la posible causa para una denegación. Algunos criterios se basan en requisitos legales. El incumplimiento de un requisito legal justifica el uso del modificador GY. Cuando no se cumplen los criterios de Razonable y Necesario (R&N), el modificador GA o GZ es apropiado en función del ABN entregado al beneficiario
- Puede encontrar información adicional sobre los requisitos de cobertura, codificación y documentación para el oxígeno en la Determinación de Cobertura Local de Oxígeno y Equipos de Oxígeno # L33797 y en el Artículo de política relacionado # A52514, en las páginas de internet de los DME MAC y en la Base de Datos de Cobertura de Medicare de CMS
- Los DME MAC tienen conocimiento acerca de una solicitud pendiente hecha al grupo de trabajo de HCPCS de CMS para la creación de nuevos modificadores “N” para reemplazar el modificador KX en la LCD de oxígeno y equipos de oxígeno. Hasta que estos nuevos modificadores se implementen e incorporen a la LCD de oxígeno y equipos de oxígeno, los proveedores deben continuar siguiendo la guía proporcionada anteriormente para el uso de los modificadores KX, GA, GY y GZ

#### 5. Eliminación de los certificados de Necesidad Médica y de los DIF

- CMS discontinuará el uso de los CMN y de los DIF a partir de las FECHAS DE SERVICIO de Enero 1, 2023 en adelante

- Los siguientes formularios no deberán enviarse a partir de Enero 1, 2023 para las fechas de servicio de ese día y posteriores
  - CMS-484 – Oxygen
  - CMS-846 – Pneumatic Compression Devices
  - CMS-847 – Osteogenesis Stimulators
  - CMS-848 – Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators
  - CMS-849 – Seat Lift Mechanisms
  - CMS-854 – Section C Continuation Form
  - CMS-10125 – External Infusion Pumps
  - CMS-10126 – Enteral and Parenteral Nutrition
- Para las fechas de servicio anteriores a Enero 1, 2023 los proveedores deberán seguir adjuntando el CMN/DIF a su primera reclamación
- Para más información consulte la publicación MLN Matters SE22002 <https://www.cms.gov/files/document/se22002-elimination-certificates-medical-necessity-durable-medical-equipment-information-forms.pdf>

## 6. Codificación Correcta debido a la Eliminación de los CMN y DIF

- Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero del 2023. Las reclamaciones que se reciban con un CMN o un DIF adjuntos serán rechazadas y devueltas al proveedor
- LCDs afectadas:
  - CMN: Estimuladores de Osteogénesis LCD (L33796) y Artículo de la Política (A52513)
  - Oxígeno y Equipo de Oxígeno LCD (L33797) y Artículo de la Política (A52514)
  - Equipos de Compresión Neumática LCD (L33829) y Artículo de la Política (A52488)
  - Mecanismos para Impulsarse de la Silla LCD (L33801) y Artículo de la Política (A52518)
  - Estimuladores Nerviosos Eléctricos Transcutáneos (TENS) LCD (L33802) y Artículo de la Política (A52520)
  - DIF: Nutrición Enteral LCD (L38955) y Artículo de la Política (A58833)
  - Bombas de Infusión Externa LCD (L33794) and Artículo de la Política (A52507)
  - Nutrición Parenteral LCD (L38953) y Artículo de la Política (A58836)
- Instrucciones para las reclamaciones
  - Para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero del 2023, los proveedores no deben presentar un CMN o DIF con la reclamación. Si se incluye un CMN o DIF con la reclamación, la reclamación será rechazada y devuelta al proveedor
  - Para reclamos con fecha de servicio del 31 de diciembre de 2022 o anterior, si se requiere el CMN o DIF y debe presentarse con la primera reclamación o estar en el expediente con una reclamación anterior
- Tenga en cuenta que para las fechas de servicio afectadas por la emergencia de salud pública (PHE) de COVID-19, es decir, las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de marzo de 2020 y durante la duración del PHE de COVID-19, ciertos artículos o servicios no requieren la presentación de un CMN o DIF para la tramitación de la reclamación. La regla final provisional de CMS con comentarios (CMS-1744-IFC), que se publicó el 6 de abril de 2020, identificó que las indicaciones clínicas para la cobertura asociadas con ciertas LCD y NCD no se aplicarían durante el PHE de COVID-19. La regla final provisional de CMS con comentarios (CMS-1744-IFC), que se publicó el 6 de abril de 2020, identificó que las indicaciones clínicas para la cobertura asociadas con ciertas LCD y NCD no se aplicarían durante el PHE de COVID-19. Con base en las situaciones del procesamiento de reclamaciones que tendrían como resultado la falta de información (por ejemplo) en los CMN o DIF, en relación con la no aplicación de las indicaciones clínicas; CMS también determinó que los CMN y DIF no serían necesarios para las reclamaciones de oxígeno y de bombas de infusión externas.



## Educación en Español Programada para este Mes

- Enero 26: **Nutrición Enteral y Parenteral**
- Enero 31: **Oxígeno**

**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)”. Del listado de webinars, elija el que desea tomar **y haga clic en la fecha en la cual se va a dictar dicho Webinar. Complete la información solicitada y confirme que la dirección de correo electrónico está correcta**, pues a esa dirección le será enviada la invitación al webinar con las instrucciones de conexión y la copia de la presentación revisada una vez haya terminado el webinar.



## 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. **Diciembre 1: “HCPCS Codes K1018 and K1019 – Correct Coding – Revised”** En esta publicación se les informa a los proveedores que efectivo para las fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2021, CMS creó dos nuevos códigos HCPCS K1018 y K1019.

K1018 – EXTERNAL UPPER LIMB TREMOR STIMULATOR OF THE PERIPHERAL NERVES OF THE WRIST

K1019 – REPLACEMENT SUPPLIES AND ACCESSORIES FOR EXTERNAL UPPER LIMB TREMOR STIMULATOR OF THE PERIPHERAL NERVES OF THE WRIST

El código K1018 describe los equipos que estimulan los nervios periféricos para tratar el temblor esencial. Los equipos y suministros asociados son específicos para las extremidades (es decir, extremidad superior derecha o izquierda); en consecuencia, los modificadores RT (derecha) y LT (izquierda) deben usarse al facturar los códigos K1018 y K1019. Al facturar los modificadores RT y LT en la misma reclamación, se deben usar líneas separadas.

Para las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de febrero del 2022 al 30 de septiembre de 2022, el K1018 debe facturarse con un modificador RT o LT y el modificador NU (nuevo), UE (usado) o RR (alquiler). Los modificadores NU, UE y RR no son necesarios para el código K1019.

Para las reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de octubre del 2022, el K1018 debe facturarse con un modificador RT o LT y el modificador RR (alquiler), junto con el KH (primer mes de renta), KI (segundo y tercer mes de renta) o el KJ (del cuarto al decimotercer mes de renta). Los modificadores KH, KI, KJ y RR no son necesarios para el código K1019. Si tiene preguntas sobre codificación, comuníquese con la línea de ayuda del PDAC al (877) 735-1326.

Para más información consulte esta publicación.

2. **Diciembre 22: “CMS Issues Interim Final Rules with Comment (CMS-1744-IFC & CMS-5531-IFC) – COVID-19 Public Health Emergency – Revised”** En esta publicación se les informa a los proveedores acerca de las instrucciones de facturación y las excepciones vigentes durante la Declaración de Emergencia de Salud por el COVID-19. Se actualizó la información relacionada con el uso del CMN y el DIF.

Para más información consulte esta publicación.

3. **Diciembre 22: “Reminder – Oxygen Qualification Tests and Documentation – Revised”** En esta publicación se les recuerda a los proveedores que con los avances en los expedientes médicos electrónicos y en los programas de facturación, los proveedores de servicios médicos y los proveedores de equipos médicos duraderos (DME) a menudo tienen sistemas interconectados para la transmisión de expedientes médicos y otra documentación, como las órdenes. Se les recuerda a los proveedores que la Determinación de Cobertura Nacional (NCD) de CMS para el uso de oxígeno en casa (IOM 100-03, Capítulo 1, Parte 4, Sección 240.2), la Determinación de Cobertura Local (LCD) de los DME MAC y el Artículo de Política (PA)

relacionado con la LCD sobre equipos de oxígeno prohíben la participación del proveedor en el proceso de prueba de calificación para la terapia de oxígeno en el hogar. La LCD DME MAC de "Oxygen and Oxygen Equipment" establece que el estudio de gases en sangre que califique debe ser uno que cumpla con la política del Contratista MAC A/B acerca de los estándares para realizar la prueba y que esté cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Esto incluye el requisito de que la prueba debe ser realizada por un proveedor que esté calificado para facturar a Medicare por esta prueba, es decir, un proveedor de la Parte A, un Laboratorio, un Centro Independiente de Pruebas de Diagnóstico (IDTF) o un profesional tratante. El proveedor no se considera como un proveedor calificado o un laboratorio calificado para los fines de esta política. Los estudios de gases en sangre realizados por un proveedor no son aceptables. Además, el proveedor no puede pagar por el estudio de gases en sangre que califique. Estas prohibiciones no se extienden a los estudios de gases en sangre realizados por un hospital certificado para realizar dichas pruebas.

*".....The qualifying blood gas study must be one that complies with the Fiscal Intermediary, Local Carrier, or A/B Medicare Administrative Contractor (MAC) policy on the standards for conducting the test and is covered under Medicare Part A or Part B. This includes a requirement that the test be performed by a provider who is qualified to bill Medicare for the test – i.e., a Part A provider, a laboratory, an Independent Diagnostic Testing Facility (IDTF), or a treating practitioner. **A supplier is not considered a qualified provider or a qualified laboratory for purposes of this policy. Blood gas studies performed by a supplier are not acceptable. In addition, the qualifying blood gas study may not be paid for by any supplier.** These prohibitions do not extend to blood gas studies performed by a hospital certified to do such tests. [Emphasis Added]..."*

Además de las reglas mencionadas anteriormente, también se recuerda a los proveedores que la orden para cualquier prueba de calificación de oxígeno (es decir, gases en sangre arterial u oximetría de pulso) solo puede realizarla el profesional tratante y los resultados de la prueba se envían directamente al profesional tratante. La práctica común en la que un proveedor de DMEPOS organiza o facilita la prueba y posteriormente hace que el profesional "ordene" la prueba ya realizada, no tendrá como resultado una prueba calificada para el reembolso del oxígeno por parte de Medicare. Consulte en la página de internet del DME MAC la LCD y el Artículo de la Política de "Oxygen and Oxygen Equipment", para conocer los requisitos adicionales de cobertura, codificación y documentación.

Para obtener 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.
- 2. La Carta "Respetado Doctor AUTENTICACIÓN DE LOS EXPEDIENTES DE MEDICARE-PUNTOS PARA QUE LOS MÉDICOS TENGAN EN CUENTA"** Ha sido actualizada. Visite <https://www.cgsmedicare.com> sección "CGS en Español" Recursos de Revisión Médica.
- 3. Nuevo Diseño del Manual del Usuario y de la 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
- 4. 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
- 5. 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
- 6. 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"

7. **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](mailto: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, inscríbese 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 ayudarlo escribiéndonos a [liliana.hewlett@cgsadmin.com](mailto: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.

