



— JUNIO 2025 —



## Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

### 1. Anuncio generalizado de revisión prepago de los expedientes médicos específicos para el código E1390

CGS realizará una revisión prepago de los expedientes médicos de las reclamaciones que tengan el código E1390 y códigos asociados con el modificador N3.

La política de oxígeno ocupa un lugar destacado en el CERT para las Jurisdicciones B y C. El análisis de datos también mostró que varios proveedores utilizan el modificador N3 con mayor frecuencia de lo esperado. CGS revisará los expedientes médicos de aproximadamente 100 reclamaciones seleccionadas al azar antes del pago. Esta revisión no se centra en ningún proveedor en particular. CGS enviará Solicitudes de Documentación Adicional (ADR) para estas reclamaciones. Es importante responder a las cartas de ADR. La Ley Federal del Seguro Social (SSA) 1815(a), 1833(e) y 1862(a)(1)(A) autoriza la recopilación de esta información. Cuando, tras una solicitud, los proveedores no le proporcionan la documentación solicitada a un contratista de Medicare como CGS, los proveedores infringen el Estándar del Proveedor #28. La falta de presentación de los expedientes puede resultar en la denegación de la reclamación y la derivación al contratista de Inscripción Nacional de Proveedores (NPE) o al UPIC o a ambos.

La carta de ADR contendrá la siguiente información:

- Orden escrita del profesional tratante
- Documentación que respalde los criterios legales, razonables y necesarios, definidos en la Determinación de Cobertura Local y en el Artículo de la Política relacionado
- Cualquier otra documentación pertinente
- Copia de la Notificación Anticipada al Beneficiario (ABN), si se obtuvo una

### 2. Nuevos códigos HCPCS para sillas de transporte y sistemas de seguridad para tránsito (las descripciones de los códigos están en inglés)

- Efectivo para las fechas de servicio a partir de abril 1, 2025, CMS creó dos (2) nuevos códigos HCPCS para sistemas de seguridad de transporte y tránsito en silla de ruedas.
  - Código HCPCS Nivel II E1022, *"Wheelchair transportation securement system, any type includes all components and accessories"*
  - Código HCPCS Nivel II E1023, *"Wheelchair transit securement system, includes all components and accessories"*
- CMS determinó que había una necesidad en el proceso de las reclamaciones para ayudar a reducir el proceso de adjudicación manual por parte de los DME MAC para el código HCPCS Nivel II K0108 (*wheelchair component or accessory, not otherwise specified*) al facturar amarres para sillas de ruedas y sistemas de sujeción para ocupantes. La asignación de un código HCPCS no necesariamente indica cobertura. Consulte la política de Medicare correspondiente para obtener información sobre los requisitos de reembolso de Medicare
- El sistema de *"wheelchair transportation securement system"* (E1022) se refiere a todos los componentes y accesorios montados en una silla de ruedas necesarios para asegurar la silla de ruedas en un vehículo durante su transporte (P. Ej., soportes de seguridad)

- El sistema de “wheelchair transit securement system” (E1023) se refiere a todos los componentes y accesorios montados en una silla de necesarios para asegurar al paciente en la silla de ruedas durante el transporte (P. Ej., cinturón pélvico o de regazo anclado a la silla de ruedas).
- Los proveedores no deben facturar el código misceláneo K0108 por dispositivos montados en el exterior de un vehículo motorizado, sistemas de cierre instalados en un vehículo motorizado o cualquier sistema de sujeción montado en el suelo o en la pared lateral de un vehículo motorizado para estabilizar una silla de ruedas o una silla de ruedas y su conductor durante el transporte. El código correcto para facturar estos artículos es A9270 (*noncovered item or service*)

### 3. myCGS versión 10.0

myCGS 10.0 está disponible desde el 30 de mayo. Esta versión añade varias mejoras al menú de Finanzas de myCGS.

#### Búsqueda de Recuperación de Sobrepagos

En el menú de Finanzas, en el submenú Recuperación de Sobrepagos tiene dos opciones: buscar y enviar el formulario. La opción “Buscar” es nueva en myCGS. Podrá buscar usando el número de factura o el número de carta, con base en sus necesidades.

**Overpayment Recovery Search**

Supplier Information:

NPI:  PTAN:  Tax ID:

Search By:

☐ AR/Invoice Number:

☐ Letter Number:

**Important Reminder**  
Please ensure the Supplier Information shown above matches the NPI/PTAN associated with the overpayment.

#### Número AR (factura)

- Detalles financieros
- Enlace al detalle de la factura del sobrepago
- Detalles de la deducción
- Enlace al detalle de la factura de la deducción

**Overpayment Summary**

NPI:  PTAN:  Tax ID:

AR/Invoice Number:

**Financial Details**

Details	Amount
Original Amount	\$207.53
Interest Accrued	\$2.14
Principal Remaining Balance	\$0.00
Interest Remaining Balance	\$0.00
Total Remaining Balance	\$0.00

**Overpayment Invoices**

Details
124296712914001

**Offset Details**

Type of Offset	Date	Amount
ADJUSTMENT	N/A	\$0.00
COLLECTION	N/A	\$0.00
RECOUPMENT	28-FEB-2025	\$207.53
RECOUPMENT	28-FEB-2025	\$2.14

[Back to Top](#)

## Número de la Carta

- Capacidad de ver la carta
- Detalles financieros
- Enlaces para los AR asociadas (facturas)
- Detalles de la factura del sobrepago
- Detalles de la deducción

Overpayment Summary

NPI: [Redacted] PTAN: [Redacted] Tax ID: [Redacted] Letter Number: [Redacted]

Letter Details

Details	Documents
Initial Demand Letter Number: 20090507	
Initial Demand Letter Date: 17-JAN-2025	<a href="#">View</a>

Financial Details

Details	Amount
Original Amount	\$299.93
Interest Accrued	\$2.79
Principal Remaining Balance	\$0.00
Interest Remaining Balance	\$0.00
Total Remaining Balance	\$0.00

Overpayment Invoices

Details
124362709210001
124350709011001
124296712914001

Showing 1 to 3 of 3 entries

[First](#) [Previous](#) [1](#) [Next](#) [Last](#)

[NEW SEARCH](#) [EXIT](#) [Back to Top](#)

## Carta de Solicitud de Deducción

En la pantalla Solicitud de Deducción por Recuperación de Sobrepago, podrá usar la opción "Carta de Pedido de Deducción" para enviar una solicitud de deducción en respuesta a una carta de demanda enviada por CGS. Puede usar su número de carta o hasta 10 números de factura (AR) al enviar su solicitud.

Type of Request

☒ **Demand Letter Offset:**

Select this option if you have received a Demand Letter from CGS requesting an overpayment be returned. Enter 1 Letter Number or up to 10 AR/Invoice Numbers per completed request. It will be necessary to request an immediate offset on each NPI/PTAN combination.

☐ **Supplier Level Offset:**

Select this option to establish immediate offsets for any current and all future overpayments. The offset will continue even if you choose to appeal the debt. This request is for the NPI/PTAN combination displayed above.

☐ **Stop Previously Requested Supplier Level Offset:**

Select this option to cancel a request. This change will affect new debts created on and after the date this request is processed. Debts currently in an offset status will remain so until the debt has been satisfied. This request is for the NPI/PTAN combination displayed above.

### Overpayment Information

☒ Letter Number
 ☐ AR/Invoice Number
 Note: Only one Demand Letter number allowed per submission.

Letter Number:

Letter Number: 39066697

Letter Date: 01/17/2025

AR/Invoice Number	Letter Balance Principal	Letter Balance Interest	Letter Balance Total
124362709210001	\$0.00	\$0.00	\$0.00
124330709011001	\$0.00	\$0.00	\$0.00
124298712914001	\$0.00	\$0.00	\$0.00

eSignature Information

Please review your information carefully. If correct, sign below to submit your request.  
By signing, you are confirming you are authorized to submit this information.

Name:

Date:

#### 4. Revisión de las Determinaciones Locales de Cobertura (LCD) y de los Artículos de la Política

**Bombas de Infusión Externa. Fecha de efectividad de la revisión: febrero 19, 2025.**

- Artículo de la política:
  - Revisado: la declaración "A partir de enero 1, 2024, el modificador JZ también es necesario al facturar medicamentos y productos biológicos de envases de una dosis entregados por el proveedor, pero autoadministrados por el beneficiario o su cuidador", se cambió a "A partir de enero 1, 2024, para reclamaciones con fechas de servicio a partir de enero 1, 2024, el modificador JZ también es necesario al facturar medicamentos y productos biológicos de envases de una dosis entregados por el proveedor, pero que no contengan cantidades no utilizadas ni descartadas, autoadministradas por el beneficiario o su cuidador".
  - Agregado: "A partir de enero 1, 2025, para reclamaciones con fechas de servicio a partir de enero 1, 2025, el modificador JW también es necesario si el proveedor que factura no administra un medicamento o producto biológico, pero existen cantidades no utilizadas y descartadas durante el proceso de preparación antes de suministrar el medicamento o producto biológico al paciente, como se describe en el escenario 3 a continuación".
  - Revisado: la declaración "El modificador JW no es necesario para medicamentos dispensados por el proveedor y autoadministrados por el beneficiario o su cuidador en su domicilio, ya que no se espera que el beneficiario o su cuidador proporcionen información sobre medicamentos descartados al proveedor. El modificador JZ es necesario en este caso (vigente para reclamaciones con fechas de servicio a partir de enero 1, 2024)" se cambió a "El modificador JZ es necesario para medicamentos y productos biológicos dispensados por el proveedor, pero que no tienen cantidades no utilizadas ni descartadas durante el proceso de preparación y que son autoadministrados por el beneficiario o su cuidador en su domicilio".
  - Revisado: la declaración "A continuación, se presentan dos casos con respecto al modificador JW", se cambió a "A continuación, se presentan tres (3) casos con respecto a los modificadores JW y JZ".
  - Se agregó "reclamación" a "En este escenario, el modificador JW debe facturarse en una línea de reclamación separada para el pago de la cantidad de medicamento o producto biológico desechado.", como aclaración.
  - Se agregó "reclamación" a "La dosis de 70 mg se factura correctamente redondeando a 1 UOS (que representa el vial completo de 100 mg) en una sola línea de reclamación con el modificador JZ.", como aclaración.
  - Se agregó "reclamación" a "La única línea de reclamación de 1 UOS se procesaría para el pago del total combinado de 100 mg de las cantidades administradas y desechadas.", como aclaración.

- Se agregó "reclamación" a "Los 30 mg desechados no deben facturarse como otra UOS en una línea de reclamación separada con el modificador JW.", como aclaración.
- Agregado: Información y ejemplo de facturación del escenario 3

**Medicamentos Inmunosupresores. Fecha de efectividad de la revisión: abril 1, 2025.**

- Artículo de la política:
  - Agregado: guías para los modificadores JW y JZ
- Determinación de Cobertura Local (LCD):
  - Agregado: modificadores JW y JZ vigentes para fechas de servicio a partir del 01/01/2025
  - Revisado: la declaración "Cantidad de medicamentos inmunosupresores dispensados de un suministro de 30 días" se cambió a "un suministro de 90 días vigente para fechas de servicio a partir del 01/01/2025"

**Inmunoglobulina Intravenosa. Fecha de efectividad de la revisión: enero 1, 2025.**

- Artículo de la política:
  - Revisado: la declaración "A partir de enero 1, 2024, el modificador JZ también es necesario al facturar medicamentos y productos biológicos de envases de una dosis entregados por el proveedor, pero autoadministrados por el beneficiario o su cuidador", se cambió a "A partir de enero 1, 2024, para reclamaciones con fechas de servicio a partir de enero 1, 2024, el modificador JZ también es necesario al facturar medicamentos y productos biológicos de envases de una dosis entregados por el proveedor, pero que no contengan cantidades no utilizadas ni descartadas, autoadministradas por el beneficiario o su cuidador".
  - Agregado: "A partir de enero 1, 2025, para reclamaciones con fechas de servicio a partir de enero 1, 2025, el modificador JW también es necesario si el proveedor que factura no administra un medicamento o producto biológico, pero existen cantidades no utilizadas y descartadas durante el proceso de preparación antes de suministrar el medicamento o producto biológico al paciente, como se describe en el escenario 3 a continuación".
  - Revisado: la declaración "El modificador JW no es necesario para medicamentos dispensados por el proveedor y autoadministrados por el beneficiario o su cuidador en su domicilio, ya que no se espera que el beneficiario o su cuidador proporcionen información sobre medicamentos descartados al proveedor. El modificador JZ es necesario en este caso (vigente para reclamaciones con fechas de servicio a partir de enero 1, 2024)" se cambió a "El modificador JZ es necesario para medicamentos y productos biológicos dispensados por el proveedor, pero que no tienen cantidades no utilizadas ni descartadas durante el proceso de preparación y que son autoadministrados por el beneficiario o su cuidador en su domicilio".
  - Revisado: la declaración "A continuación, se presentan dos casos con respecto al modificador JW", se cambió a "A continuación, se presentan tres (3) casos con respecto a los modificadores JW y JZ".
  - Se agregó "reclamación" a "En este escenario, el modificador JW debe facturarse en una línea de reclamación separada para el pago de la cantidad de medicamento o producto biológico desechado.", como aclaración.
  - Se agregó "reclamación" a "La dosis de 70 mg se factura correctamente redondeando a 1 UOS (que representa el vial completo de 100 mg) en una sola línea de reclamación con el modificador JZ.", como aclaración.
  - Se agregó "reclamación" a "La única línea de reclamación de 1 UOS se procesaría para el pago del total combinado de 100 mg de las cantidades administradas y desechadas.", como aclaración.
  - Se agregó "reclamación" a "Los 30 mg desechados no deben facturarse como otra UOS en una línea de reclamación separada con el modificador JW.", como aclaración.
  - Agregado: Información y ejemplo de facturación del escenario 3

**Nebulizadores. Fecha de efectividad de la revisión: enero 1, 2025.**

- Artículo de la política:
  - Revisado: la declaración "A partir de enero 1, 2024, el modificador JZ también es necesario al facturar medicamentos y productos biológicos de envases de una dosis entregados por el proveedor, pero autoadministrados por el beneficiario o su cuidador", se cambió a "A partir de enero 1, 2024, para reclamaciones con fechas de servicio a partir de enero 1, 2024, el modificador JZ también es necesario al facturar medicamentos y productos biológicos de envases de una dosis entregados por

el proveedor, pero que no contengan cantidades no utilizadas ni descartadas, autoadministradas por el beneficiario o su cuidador".

- Agregado: "A partir de enero 1, 2025, para reclamaciones con fechas de servicio a partir de enero 1, 2025, el modificador JW también es necesario si el proveedor que factura no administra un medicamento o producto biológico, pero existen cantidades no utilizadas y descartadas durante el proceso de preparación antes de suministrar el medicamento o producto biológico al paciente, como se describe en el escenario 3 a continuación".
- Revisado: la declaración "El modificador JW no es necesario para medicamentos dispensados por el proveedor y autoadministrados por el beneficiario o su cuidador en su domicilio, ya que no se espera que el beneficiario o su cuidador proporcionen información sobre medicamentos descartados al proveedor. El modificador JZ es necesario en este caso (vigente para reclamaciones con fechas de servicio a partir de enero 1, 2024)" se cambió a "El modificador JZ es necesario para medicamentos y productos biológicos dispensados por el proveedor, pero que no tienen cantidades no utilizadas ni descartadas durante el proceso de preparación y que son autoadministrados por el beneficiario o su cuidador en su domicilio".
- Revisado: la declaración "A continuación, se presentan dos casos con respecto al modificador JW", se cambió a "A continuación, se presentan tres (3) casos con respecto a los modificadores JW y JZ".
- Se agregó "reclamación" a "En este escenario, el modificador JW debe facturarse en una línea de reclamación separada para el pago de la cantidad de medicamento o producto biológico desechado.", como aclaración.
- Se agregó "reclamación" a "La dosis de 70 mg se factura correctamente redondeando a 1 UOS (que representa el vial completo de 100 mg) en una sola línea de reclamación con el modificador JZ.", como aclaración.
- Se agregó "reclamación" a "La única línea de reclamación de 1 UOS se procesaría para el pago del total combinado de 100 mg de las cantidades administradas y desechadas.", como aclaración.
- Se agregó "reclamación" a "Los 30 mg desechados no deben facturarse como otra UOS en una línea de reclamación separada con el modificador JW.", como aclaración.
- Agregado: Información y ejemplo de facturación del escenario 3

**Requisitos de Documentación Estándar Para Todas las Reclamaciones Presentadas a DME MAC. Fecha de efectividad de la revisión: enero 1, 2024.**

- Texto del artículo:
  - Revisado: la declaración "Nota: La información de este documento reemplaza el material actualmente contenido en todas las LCD y los artículos de políticas relacionados. En caso de diferencias entre las políticas y este artículo, este documento prevalecerá.", se cambió a "Nota: La información de las LCD o los artículos de políticas relacionados reemplaza a este documento. En caso de diferencias entre las políticas y este artículo, las LCD o los artículos de políticas relacionados prevalecerán."
- Prueba de Entrega (POD):
  - Agregado: "a menos que se especifique lo contrario en la LCD o en el Artículo de la Política relacionado con la LCD". Como aclaración sobre la declaración relativa a la fecha de servicio y la fecha de entrega.

**5. Recursos en español. Visite [CGS en Español](#)**

- Se publicó el video "Directo al Punto" acerca de "Facturación Consolidada y Hospicio"
- Se publicó la actualización de la "Carta Respetado Doctor" acerca de "Medicamentos Inmunosupresores"
- Se publicó la actualización de la Guía en caso de Desastre



**Educación en Español Programada Para Este Mes**

Usaremos la plataforma de "TEAMS" asegúrese de que tiene la aplicación instalada en su computadora, tableta o teléfono. Los webinars se realizarán a las 2:00 p.m. hora de Puerto Rico y ET.

- **Junio 10: desastres naturales y DME**
- **Junio 12: suministros para urología**
- **Junio 17: equipos de bajo costo para venta o renta (IRP)**



- **Junio 19: órtesis rodilla-tobillo-pie y tobillo-pie (AFO-KAFO)**
- **Junio 24: bombas de presión negativa para el manejo de heridas o NPWT**

**NO tienen ningún costo.** Para ver el listado de los webinars programados, fechas, horarios y los enlaces de internet para ingresar a los webinars, por favor consulte nuestra página [CGS en Español](#)

- Haga clic en “Recursos Educativos” y después en “Educación en Línea (Webinars)”



## Noticias y Publicaciones

Para revisar estas publicaciones debe ir a [News & Publications](#) (en inglés).

Para esta edición tenemos:

1. **Abril 1: “Lymphedema Compression Treatment Items – Correct Coding and Billing – Revised”** En esta publicación se les informa a los proveedores que el siguiente cambio fue hecho a la publicación del mes anterior: se removió el código A6584 de la facturación que requiere modificadores RT o LT a partir de enero 1, 2024 y se hicieron algunas aclaraciones acerca de los remplazos.

Esta publicación es acerca de las guías de codificación y facturación de los artículos de compresión para el tratamiento del linfedema con base en la Regla Final CMS-1780-F.

Los artículos de compresión con gradiente, los suministros y accesorios relacionados están cubiertos para el tratamiento del linfedema (ver los códigos ICD-10 que respaldan la necesidad médica). Se cubren 3 artículos de compresión diurna cada seis meses y 2 artículos de compresión nocturna cada 24 meses. Por lo tanto, el remplazo se hace de acuerdo con estos límites de frecuencia. Las reclamaciones por vendajes de compresión con gradiente que excedan los límites de frecuencia descritos anteriormente se denegarán por no ser razonables ni necesarias, a menos que se requieran reemplazos en caso de pérdida, robo o daño irreparable. Además, se podrá pagar un nuevo juego de prendas o vendajes si se determina que es razonable y necesario debido a un cambio en la condición médica o física del paciente que justifique una nueva talla o tipo de prenda o vendaje. Se paga el reemplazo de un juego completo de tres (3) prendas o vendajes diurnos o dos (2) prendas nocturnas en caso de pérdida, robo, daño irreparable o cambio en la condición médica o física y la frecuencia de reemplazo semestral o cada dos años comienza de nuevo en el momento en que se entregan los artículos de reemplazo.

Medicare cubre artículos de compresión con gradiente fabricados a la medida (personalizadas o no estándar). Estos artículos tienen un tamaño y una forma únicos que se ajustan a las dimensiones exactas de la extremidad afectada y proporcionan una compresión gradual precisa para tratar el linfedema. Algunos ejemplos de los escenarios en los cuales están cubiertos son: circunferencia de la porción proximal de la extremidad es significativamente mayor que la de la extremidad distal, la piel o el tejido presenta pliegues o contornos que requieren un tipo específico de patrón de tejido, el paciente no tolera la composición del tejido de una prenda estándar, etc. Debe haber documentación en el expediente médico que demuestre la razón por la cual requiere del uso de un artículo de compresión con gradiente personalizado en lugar de un artículo de compresión con gradiente estándar disponible en el mercado.

Los vendajes compresivos para la fase uno (terapia aguda o descongestiva) y para la fase dos (fase de mantenimiento de la terapia) están cubiertos si son médicamente necesarios para el tratamiento del linfedema. Los terapeutas y otros proveedores que provean sistemas de vendajes deben estar registrados como proveedores de DMEPOS para recibir el pago por el suministro de estos artículos. La justificación de la cantidad de suministros necesarios y la frecuencia de reemplazo debe documentarse en el expediente médico y estar disponible cuando el DME MAC lo solicite.

Los accesorios (cremalleras, forros, acolchados o rellenos, etc.) necesarios para el uso eficaz de un artículo de tratamiento de compresión para el linfedema están cubiertos cuando sean médicamente necesarios para dicho tratamiento. La justificación de la cantidad de suministros necesarios y la frecuencia de reemplazo debe documentarse en el expediente médico. El pago por todos los servicios necesarios para los artículos y vendajes de compresión gradual, incluyendo la prueba y las mediciones, se incluye en la cantidad pagada al proveedor del artículo.

Los códigos A6515, A6516, A6517, A6518, A6520, A6521, A6522, A6523, A6524, A6525, A6526, A6527, A6530, A6533, A6534, A6535, A6552, A6553, A6554, A6555, A6556, A6557, A6558, A6565, A6572, A6573, A6574, A6575, A6576, A6577, A6578, A6579, A6580, A6581, A6582, A6583, A6585, A6586, A6587, A6588, A6594, A6595, A6610 y A6611, requieren del modificador “RT” para el lado derecho o “LT” para el lado izquierdo.

El modificador “RA” (reemplazo de un DME, órtesis o prótesis) solo se puede usar si el artículo de compresión o el vendaje de compresión gradual se perdió, fue robado o sufrió daños irreparables.

Para reclamaciones por reemplazos por artículos de compresión diurna, si solo un (1) artículo se pierde, fue robado o sufrió daños irreparables, se permite el pago de tres (3) artículos de reemplazo y el plazo de seis (6) meses se reiniciará con base en la fecha de servicio de la reclamación de reemplazo. Para reclamaciones de reemplazo de un artículo de compresión nocturna, se permiten dos (2) reemplazos si solo una artículo se pierde, fue robado o sufrió daños irreparables y el plazo de 24 meses se reiniciará con base en la fecha de servicio de la reclamación de reemplazo.

El pago por estos artículos se limita a los siguientes códigos ICD-10 de linfedema: I89.0, I97.2, I97.89 y Q82.0.

Para más información consulte esta publicación.

2. **Mayo 15: “Medical Review Quarterly Reports”** En este artículo se les informa a los proveedores acerca de las tasas de exclusión del TPE para el trimestre de enero 2025 a marzo 2025.

- Piloto de 10 reclamaciones: 45.9% pasaron exitosamente
- Ronda 1: 82.9% lograron exitosamente la exclusión
- Ronda 2: 77.6% lograron exitosamente la exclusión
- Ronda 3: 77.4% lograron exitosamente la exclusión

Para obtener información acerca de los resultados para cada política y las razones de denegación, consulte esta publicación.



## Recursos en Español

1. **SECCIÓN EN ESPAÑOL DE LA PAGINA DE INTERNET DE CGS:** puede encontrar en español toda la información que necesita en la sección [CGS en Español](#) de nuestra página de internet.

**Esta página incluye:**

- Recursos de revisión médica
  - Recursos educativos
  - Formularios y guías
  - Herramientas
  - Recursos en casos de desastre
  - Manual del usuario y guía de inscripción en myCGS
2. **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)
3. **Recuerde que puede consultar esta edición de las Noticias del Mes y las anteriores en [Noticias del Mes](#)**



## Lista de Distribución de Correo Electrónico

- Para estar al tanto de las últimas actualizaciones y noticias de la Jurisdicción C inscribese a nuestra Lista de Distribución de Correo Electrónico. Verifique que su sistema de correo electrónico acepte correos de CGS.

---

Sus sugerencias o comentarios son importantes para nosotros, déjenos saber cómo ayudarle respondiendo nuestra encuesta en español en [Encuesta de Evaluación de la Educación en Español](#)





O haga clic en

\* *Este boletín no es una comunicación oficial de los DME MAC ni 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 y de CMS, las publicaciones mencionadas, las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD), las Determinaciones de Cobertura Local (LCD) y los Artículos de la Política y de Documentación pertinentes. Visite [CGS JC DME](#) (en inglés) y la página de [CMS](#) . Cualquier cambio en la información a la cual se hace referencia podrá hacerse en cualquier momento y sin previo aviso.*

---



© Derechos de Autor 2025, CGS Administrators LLC