



— MAYO 2025 —



Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

1. Actualización del Manual del Proveedor de CGS- primavera 2025

- Capítulo 3
 - Se agregó en la sección cuatro la aclaración de que de acuerdo con la Ley del Seguro Social §1834(h)(5), para determinar que las ortesis y prótesis con razonables y necesarias, la documentación creada por un ortesista o protesista se considerará parte del expediente médico del paciente para respaldar la documentación creada por el profesional tratante
- Capítulo 5
 - Se agregó en la sección seis la definición y el uso de los modificadores QA, QB, QR, QG, QF y QB para oxígeno
- Capítulo 9
 - Se agregó en la sección cinco la aclaración de que de acuerdo con la Ley del Seguro Social §1834(h)(5), para determinar que las ortesis y prótesis con razonables y necesarias, la documentación creada por un ortesista o protesista se considerará parte del expediente médico del paciente para respaldar la documentación creada por el profesional tratante
- Capítulo 13
 - Se agregó en la sección dos la aclaración de que, a partir de febrero 28, 2025 la elegibilidad no está disponible en el IVR
 - Se agregó en la sección siete la información relacionada con apelaciones en caso de desastre. Se puede justificar una apelación enviada fuera del plazo de tiempo debido a circunstancias inevitables, como inundaciones graves, incendios, tornados y otras catástrofes naturales. Si se vio afectado por un desastre natural y no puede enviar una apelación a tiempo, incluya la siguiente información en su solicitud de apelación: "Prórroga solicitada debido a una excepción por desastre natural" (*extension requested due to natural disaster exception*), e incluya el nombre del desastre natural.
Un desastre se define como cualquier catástrofe natural o provocada por el hombre (como huracán, tornado, terremoto, erupción volcánica, deslizamiento de tierra, tormenta de nieve, tsunami, ataque terrorista, bombardeo, incendio, inundación o explosión) que cause daños de suficiente gravedad y magnitud como para destruir parcial o totalmente los expedientes médicos y la documentación asociada que los MAC podrían necesitar o solicitar durante el proceso de adjudicación, interrumpa el servicio postal normal (incluido el correo postal de Estados Unidos, los servicios de entrega urgente de paquetes, etc.), afecte la capacidad de presentar apelaciones de manera oportuna o limite significativamente las operaciones diarias del proveedor. Un desastre puede ser generalizado y afectar a múltiples estructuras (P. Ej. una inundación en una región) o aislado y afectar a un solo sitio (P. Ej., una falla en la tubería principal de agua). El hecho de que un proveedor esté ubicado en una zona de desastre declarada por el presidente en virtud de la Ley Stafford no justifica la ayuda administrativa, ya que no todas las estructuras en la zona de desastre pueden haber sufrido la misma magnitud de daños. Los daños deben ser de suficiente gravedad y magnitud como para dificultar la recuperación de los expedientes médicos. El proveedor debe declarar que se vio afectado por el desastre.

2. Nuevos códigos HCPCS para los sistemas de transporte y sistemas de seguridad (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 los sistemas de seguridad de transporte y tránsito en silla de ruedas:
 - HCPCS Level II code E1022, "*Wheelchair transportation securement system, any type includes all components and accessories*"
 - HCPCS Level II code E1023, "*Wheelchair transit securement system, includes all components and accessories*"
- El código E1022 describe todos los componentes y accesorios necesarios para asegurar la silla de ruedas a un vehículo para su transporte.
- El código E1023 describe todos los componentes y accesorios necesarios para asegurar al paciente a la silla de ruedas durante el transporte en un vehículo.
- Si tiene preguntas acerca de la codificación correcta, comuníquese con el Contratista del PDAC al 877-735-1326, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 5:00 p.m. [PDAC Medicare Contractor for Pricing, Data Analysis, and Coding](#) (en inglés)

3. Tarifas de medicamentos, tarifas de despacho y DMEPOS

Las tarifas de medicamentos y de despacho correspondientes al segundo trimestre del 2025 ya fueron publicadas. Revise en [CGS JC DME](#) (en inglés) sección "Fee Schedules". También se hicieron revisiones a las tarifas del segundo y cuarto trimestre del 2024 para medicamentos y tarifas de despacho.

4. Actualización de la lista de los códigos HCPCS de DMEPOS de acuerdo con la jurisdicción

La lista actualizada de los códigos HCPCS y la jurisdicción bajo la cual están cubiertos está disponible y ha sido publicada en [New HCPCS Codes for Wheelchair Transportation/Transit Securement Systems – Correct Coding](#) (en inglés)

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

Órtesis Tobillo-Pie y Rodilla-Tobillo-Pie (AFO/KAFO). Fecha de efectividad de la revisión: abril 1, 2025.

- Artículo de la política:
 - Agregado: aclaración que "de acuerdo con la Ley del Seguro Social §1834(h)(5), con el propósito de determinar que la ortesis y prótesis es razonable y medicamente necesaria, la documentación creada por un ortesista o protesista se considerará parte del expediente médico para respaldar la documentación creada por el profesional tratante".
 - Agregado: códigos L1933 y L1952 a los códigos de las órtesis prefabricadas
 - Agregado: una fila en la tabla que corresponde a los conjuntos paralelos de códigos HCPCS; la fila agregada contiene "L1932" en la columna I y "L1933" en la columna II
 - Agregado: una fila en la tabla que corresponde a los conjuntos paralelos de códigos HCPCS; la fila agregada contiene "L1951" en la columna I y "L1952" en la columna II
 - Agregado: los códigos HCPCS L1933 y L1952 a los códigos HCPCS de la órtesis de tobillo y pie que se extienden mucho más arriba del tobillo (generalmente hasta cerca de la parte superior de la pantorrilla) y se sujetan alrededor de la parte inferior de la pierna por encima del tobillo
 - Agregado: guías de codificación para los códigos L1932, L1951 y L1971
 - Agregado: información de la revisión de verificación de codificación para el código HCPCS L1952, efectivo para fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2025
 - Revisado: guías de codificación para los códigos L1933 y L1952
- Determinación de Cobertura Local (LCD):
 - Agregado: se agregaron los códigos HCPCS L1933 y L1952 a los códigos HCPCS que describen las ortesis de tobillo y pie (AFO) que están cubiertas para pacientes ambulatorios con debilidad o deformidad del pie y el tobillo que cumplen con los criterios específicos
 - Revisado: se revisaron las descripciones largas de los códigos HCPCS L1932, L1951 y L1971

Equipos para el Manejo del Movimiento Intestinal. Fecha de efectividad de la revisión: abril 1, 2025.

- Artículo de la política:
 - Agregado: información de facturación del sistema de irrigación transanal Peristeen para reclamaciones con fechas de servicio a partir de abril 1, 2025
 - Revisado: se cambió la declaración que mencionaba que "Los insertos rectales y los dispositivos eléctricos para la incontinencia están cubiertos bajo el beneficio de Prótesis (Ley del Seguro Social, §1861(s)(9))" y se redactó de la siguiente manera "Los insertos rectales, los dispositivos eléctricos para la incontinencia y los sistemas de irrigación transanal (TAI) (que constan de un dispositivo TAI y un catéter rectal con función de sellado [basado en un balón o cono]) están cubiertos bajo el beneficio de Prótesis (Ley del Seguro Social, §1861(s)(9))"
 - Revisado: se cambió la declaración que mencionaba que "Los sistemas de enema con bomba manual (P. Ej., Peristeen - Coloplast, Minneapolis, MN) o los sistemas de enema administrados por gravedad no cumplen con el beneficio de Equipo Médico Duradero (DME) porque estos dispositivos no cumplen con el requisito de durabilidad." y se redactó de la siguiente manera "Los sistemas de enema administrados por gravedad no cumplen con el beneficio de Equipo Médico Duradero (DME) porque estos dispositivos no cumplen con el requisito de durabilidad."
 - Revisado: se cambió la declaración que mencionaba que "Los catéteres y tubos rectales y los sistemas de recolección relacionados no cumplen con el beneficio de Equipo Médico Duradero (DME) porque estos dispositivos no cumplen con el requisito de durabilidad." y se redactó de la siguiente manera "Los sistemas de recolección fecal y los catéteres y tubos rectales utilizados con dichos sistemas no cumplen con el beneficio de Equipo Médico Duradero (DME) porque estos dispositivos no cumplen con el requisito de durabilidad."
 - Revisado: se cambió la declaración que mencionaba que "los códigos HCPCS A4458 (bolsa de enema con tubo, reutilizable) y A4459 (sistema de enema con bomba manual, incluye galón, catéter y todos los accesorios, reutilizable, cualquier tipo) describen artículos utilizados para vaciar el intestino grueso y prevenir el estreñimiento crónico y la incontinencia fecal, o simplemente como método de control intestinal" y se redactó de la siguiente manera "El código HCPCS A4458 (bolsa de enema con tubo, reutilizable) describe un artículo utilizado para vaciar el intestino grueso y prevenir el estreñimiento crónico y la incontinencia fecal o simplemente como un método de manejo intestinal".
 - Revisado: se cambió la declaración que mencionaba que "El líquido se instila por gravedad o con una bomba manual" y se redactó de la siguiente manera "El líquido se instila por gravedad".
 - Revisado: se cambió la declaración que mencionaba que "El sistema de irrigación transanal Peristeen es un dispositivo que se utiliza para vaciar el intestino grueso y prevenir el estreñimiento crónico y la incontinencia fecal, o simplemente como método de control intestinal. El sistema consta de una bolsa de enema, un catéter rectal con un balón inflable y una bomba" y se redactó de la siguiente manera "El sistema de irrigación transanal Peristeen es un dispositivo que se utiliza para vaciar el intestino grueso y prevenir el estreñimiento crónico y la incontinencia fecal en pacientes con disfunción intestinal neurogénica. El sistema consta de un depósito de agua, un tapón de rosca, un catéter rectal desechable con un balón inflable, una unidad de control, tubos y una bomba".
 - Revisado: información de facturación para el sistema de irrigación transanal Peristeen, se cambió la declaración que mencionaba que "fechas de servicio a partir de enero 1, 2015" y se redactó de la siguiente manera "fechas de servicio a partir de enero 1, 2015 hasta marzo 31, 2025"
- Determinación de Cobertura Local (LCD):
 - Revisado: "§13.7.1" a "§13.2.3 y 13.5.2" con respecto al Manual de Integridad del Programa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (manual 100-08 disponible solo en Internet), Capítulo 13
 - Revisado: se cambió la declaración que mencionaba que "los catéteres y tubos rectales y los sistemas de recolección relacionados se denegarán como no estatutariamente cubiertos (sin beneficio; consulte el Artículo de Política relacionado)" y se redactó de la siguiente manera "Los sistemas de recolección fecal y los catéteres y tubos rectales utilizados con dichos sistemas se denegarán por no estar cubiertos por ley (sin beneficio; consulte el Artículo de Política relacionado)".
 - Revisado: se cambió la declaración que mencionaba que "los sistemas de enema (por gravedad y con bomba manual), códigos A4458 y A4459 respectivamente, se denegarán por no estar cubiertos por ley (sin beneficio; consulte el artículo de la política relacionado). Los sistemas de enema (por gravedad) código A4458 se denegarán por no estar cubiertos por ley y se redactó de la siguiente manera "Los sistemas de enema (gravedad) codificados A4458 serán rechazados por no estar estatutariamente cubiertos (sin beneficio; consulte el artículo de política relacionado)"

- Revisado: descripción larga de los códigos A4453 y A4459

Prótesis Externas para Seno. Fecha de efectividad de la revisión: abril 1, 2025.

- Artículo de la política:
 - Removido: "Se deniega la manga de mastectomía (L8010) por no estar cubierta, ya que no cumple con la definición de prótesis"
 - Agregado: "de acuerdo con la Ley del Seguro Social §1834(h)(5), con el propósito de determinar que la ortesis y prótesis es razonable y medicamente necesaria, la documentación creada por un ortesista o protesista se considerará parte del expediente médico para respaldar la documentación creada por el profesional tratante"
- Determinación de Cobertura Local (LCD):
 - Removido: el código HCPCS L8010 del grupo 1 de códigos

Prótesis Oculares. Fecha de efectividad de la revisión: enero 1, 2020.

- Artículo de la política:
 - Agregado: "de acuerdo con la Ley del Seguro Social §1834(h)(5), con el propósito de determinar que la ortesis y prótesis es razonable y medicamente necesaria, la documentación creada por un ortesista o protesista se considerará parte del expediente médico para respaldar la documentación creada por el profesional tratante"

Prótesis Faciales. Fecha de efectividad de la revisión: enero 1, 2020.

- Artículo de la política:
 - Agregado: "de acuerdo con la Ley del Seguro Social §1834(h)(5), con el propósito de determinar que la ortesis y prótesis es razonable y medicamente necesaria, la documentación creada por un ortesista o protesista se considerará parte del expediente médico para respaldar la documentación creada por el profesional tratante"

Ortesis de Rodilla. Fecha de efectividad de la revisión: enero 1, 2025.

- Artículo de la política:
 - Agregado: "de acuerdo con la Ley del Seguro Social §1834(h)(5), con el propósito de determinar que la ortesis y prótesis es razonable y medicamente necesaria, la documentación creada por un ortesista o protesista se considerará parte del expediente médico para respaldar la documentación creada por el profesional tratante"

Prótesis de Extremidad Inferior. Fecha de efectividad de la revisión: abril 1, 2025.

- Artículo de la política:
 - Revisado: guías de codificación de los códigos L5671 y L5647
 - Removido: guías de codificación del "*infinite socket*"
 - Revisado: se cambió la declaración que mencionaba que "los códigos de las adiciones para los sistemas endoesqueléticos de rodilla y espinilla (L5610, L5611, L5613, L5615, L5616, L5810, L5811, L5812, L5814, L5816, L5818, L5822, L5824, L5826, L5828, L5830, L5840 y L5841) se consideran una mejora del sistema de rodilla y espinilla" y se redactó de la siguiente manera "los códigos de las adiciones para los sistemas endoesqueléticos de rodilla y espinilla (L5610, L5611, L5613, L5615, L5616, L5810, L5811, L5812, L5814, L5816, L5818, L5822, L5824, L5826, L5827, L5828, L5830, L5840 y L5841) se consideran una mejora del sistema de rodilla y espinilla"
 - Revisado: se cambió la declaración que mencionaba que "Un solo código de una adición puede describir completamente un sistema completo de rodilla-espinilla, por lo tanto, el uso de dos códigos (L5610, L5611, L5613, L5615, L5616, L5810, L5811, L5812, L5814, L5816, L5818, L5822, L5824, L5826, L5828, L5830, L5840 y L5841) se consideraría una codificación incorrecta" y se redactó de la siguiente manera "Un solo código de una adición puede describir completamente un sistema completo de rodilla-espinilla, por lo tanto, el uso de dos códigos (L5610, L5611, L5613, L5615, L5616, L5810, L5811, L5812, L5814, L5816, L5818, L5822, L5824, L5826, L5827, L5828, L5830, L5840 y L5841) se consideraría una codificación incorrecta"
 - Revisado: se cambió la declaración que mencionaba que "L5925, L5930, L5845, L5848, L5850, L5856, L5857, L5858 y L5859 son características o funciones adicionales que no describen un sistema endoesquelético completo de rodilla-espinilla y deben usarse en combinación con un código L para un

- “sistema de rodilla-espinilla (L5610, L5611, L5613, L5615, L5616, L5810, L5811, L5812, L5814, L5816, L5818, L5822, L5824, L5826, L5828, L5830, L5840 y L5841)” y se redactó de la siguiente manera “L5925, L5930, L5845, L5848, L5850, L5856, L5857, L5858 y L5859 son características o funciones adicionales que no describen un sistema endoesquelético completo de rodilla-espinilla y deben usarse en combinación con un código L para un sistema de rodilla-espinilla (L5610, L5611, L5613, L5615, L5616, L5810, L5811, L5812, L5814, L5816, L5818, L5822, L5824, L5826, L5827, L5828, L5830, L5840 y L5841)”
 - Agregado; guías de codificación del código HCPCS L5827
- Determinación de Cobertura Local (LCD):
 - Removido: resumen de la información de la evidencia, por no ser aplicable a los cambios no discretionales
 - Agregado: código HCPCS L5827

Zapatos Ortopédicos. Fecha de efectividad de la revisión: noviembre 1, 2023.

- Artículo de la política:
 - Agregado: “de acuerdo con la Ley del Seguro Social §1834(h)(5), con el propósito de determinar que la ortesis y prótesis es razonable y medicamente necesaria, la documentación creada por un ortesista o protesista se considerará parte del expediente médico para respaldar la documentación creada por el profesional tratante”

Órtesis Espinales (TLSO y LSO). Fecha de efectividad de la revisión: enero 23, 2024.

- Artículo de la política:
 - Agregado: “de acuerdo con la Ley del Seguro Social §1834(h)(5), con el propósito de determinar que la ortesis y prótesis es razonable y medicamente necesaria, la documentación creada por un ortesista o protesista se considerará parte del expediente médico para respaldar la documentación creada por el profesional tratante”

Opciones y Accesorios de las Sillas de Ruedas. Fecha de efectividad de la revisión: abril 1, 2025.

- Artículo de la política:
 - Revisado: HCPCS “noted as swingaway, retractable, or removable hardware”, de E1028 a E1028, E1032
 - Agregado: el sistema de seguridad para transporte en silla de ruedas (E1022) y el sistema de seguridad para tránsito en silla de ruedas (E1023) no están cubiertos porque no cumplen con la definición de DME.
 - Revisado: se cambió de KX, GA, GY, AND GZ MODIFIERS:” a “KX, GA, GY, GZ, LTy RT MODIFIERS:”
- Determinación de Cobertura Local (LCD):
 - Revisado: HCPCS “noted as swingaway, retractable, or removable hardware”, de E1028 a E1028, E1032
 - Revisado: descripción larga del código E1028
 - Revisado: descripción larga del código E1005 para las fechas de servicio de enero 1, 2004 y posteriores
 - Agregado: códigos E1022, E1023 y E1032 a los códigos del grupo 9
 - Removido: información acerca de los modificadores RT y LT
 - Revisado: guías de codificación para el código HCPCS E1028
 - Agregado: guías de codificación para el código HCPCS E1032
 - Agregado: para reclamaciones iniciales o nuevos períodos de renta de “swingaway, retractable, or removable hardware” para accesorios de sillas de ruedas descritos por “joysticks” u otras interfaces de control de conducción, con fechas de servicio a partir de abril 1, 2025, los proveedores deben usar el código HCPCS E1032
 - Agregado: “si el período de renta de los accesorios de “swingaway, retractable, or removable hardware” para sillas de ruedas, descritos por “joysticks” u otras interfaces de control de accionamiento comenzó antes de abril 1, 2025, los proveedores deben usar el código HCPCS E1028 para reclamaciones durante el período de renta
 - Revisado: información en la tabla que corresponde a los códigos incluidos en el pago de otros códigos; en la tabla, “E1028” se revisó a “E1032” en la columna II de la fila que contiene “E2325” en la columna I

Asiento para Silla de Ruedas. Fecha de efectividad de la revisión: abril 1, 2025.

- Artículo de la política:
 - Revisado: se cambió la declaración que mencionaba "modificadores GA, GY y GZ" y se redactó de la siguiente manera "modificadores GA, GY, GZ, RT y LT"
 - Agregado: se agregaron las guías de codificación para los códigos HCPCS E1033 y E1034
 - Agregado: se agregó que para las reclamaciones iniciales o para los períodos nuevos de renta de hardware retráctil o removible para los accesorios de sillas de ruedas como reposacabezas y soportes laterales para el tronco o la cadera, con fechas de servicio a partir de abril 1, 2025, los proveedores deben usar el código HCPCS E1033 y E1034, respectivamente
 - Agregado: se agregó "si el período de renta de los accesorios de montaje retráctiles o extraíbles para sillas de ruedas, como reposacabezas o soportes laterales para el tronco o la cadera, comenzó antes de abril 1, 2025, los proveedores deben usar el código HCPCS E1028 para las reclamaciones en curso durante el período de renta. En este caso, si el período de renta por un E0955 o E0956 también comenzó antes de abril 1, 2025 y continúa en renta después de abril 1, 2025, el E0955 o E0956 se seguirá facturando con el código E1028"
 - Removido: se removió la información acerca de los modificadores RT y LT
- Determinación de Cobertura Local (LCD):
 - Revisado: se revisó la descripción larga del código HCPCS E1028
 - Agregado: se agregaron los códigos E1033 y E1034 al grupo 3

Suministros para Ostomía. Fecha de efectividad de la revisión: enero 1, 2022.

- Artículo de la política:
 - Removido: se eliminaron las siguientes declaraciones "una ostomía permanente se define como una condición que no se espera que se corrija médica o quirúrgicamente en ese beneficiario." y "los suministros de ostomía se denegarán por no estar cubiertos en situaciones en las que se espera que la condición sea temporal"

Suministros para Urología. Fecha de efectividad de la revisión: abril 1, 2023.

- Artículo de la política:
 - Removido: se eliminó la siguiente declaración "los catéteres y suministros relacionados se denegarán por no estar cubiertos en situaciones en las que se espera que la condición sea temporal."

Medicamentos Inmunosupresores. Fecha de efectividad de la revisión: abril 1, 2023.

- Determinación de Cobertura Local (LCD):
 - Agregado: se agregó el código J7521

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

- Artículo de Documentación Estándar:
 - Agregado: la referencia a la sección 1834(h)(5) de la Ley del Seguro Social con respecto a que la documentación creada por ortesistas y protesistas se considerará parte del expediente médico del paciente para respaldar la documentación creada por el médico tratante

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

- Se publicó el video "Directo al Punto" acerca de el uso de CGS Connect
- Se publicó el video "Directo al Punto" acerca de la facturación consolidada
- Se publicó la actualización de la "Carta Respetado Doctor" acerca de AFO/KAFO
- Se publicó la actualización de la "Lista de Chequeo de Documentación" para Suministros de Urología"



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 1:00 p.m. ET.

- **Mayo 6:** prótesis para extremidades inferiores
- **Mayo 8:** bombas de infusión externa y bombas de insulina
- **Mayo 13:** zapatos terapéuticos para personas con diabetes
- **Mayo 15:** artículos de compresión neumática para tratamiento de linfedema
- **Mayo 20:** procedimientos del DME y herramientas disponibles
- **Mayo 22:** reparaciones y remplazos de DME

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 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.

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 al 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 médicaamente necesarios para el tratamiento del linfedema. Los terapistas 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 médicaamente 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, A6536, A6553, A6554, A6555, A6556, A6557, A6558, A6565, A6572, A6573, A6574, A6575, A6576, A6577, A6578, A6579, A6580, A6581, A6582, A6583, A6584, 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, ótesis 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 una (1) artículo se pierde, fue robado o sufrió daños irreparables, se permite el pago de tres (3) artículos de remplazo 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.

Para más información acerca de los códigos HCPCS y los códigos de diagnóstico ICD-10, consulte esta publicación.

- 2. Abril 3: "Definitions Used for Off-the-Shelf versus Custom Fitted Prefabricated Orthotics (Braces) – Correct Coding – Revised"** En este artículo se les recuerda a los proveedores que como parte de la actualización de los códigos HCPCS del 2014 y 2015, se crearon códigos que describen ciertas órtesis prefabricadas (OTS). Algunos de estos códigos son similares a los códigos para las órtesis prefabricadas ajustadas a la medida de los mismos artículos. Cuando entregue uno de estos artículos debe entregar el artículo que fue especificado por el profesional tratante, asegurarse que los expedientes médicos del profesional tratante justifican la necesidad de ese tipo de artículo (prefabricado o ajustado a la medida), facturar con el código HCPCS que refleje apropiadamente la órtesis que está entregando y tener la documentación adecuada que justifique el código seleccionado.

Ortesis prefabricadas (OTS): son artículos prefabricados, pueden o no venir en paquetes con partes que requieran ser ensambladas o con componentes que deban ser instalados, lo cual no cambia su clasificación de OTS a ajustadas a la medida. Requieren ajustes mínimos en el momento de la entrega que no requieren de un ortesista certificado o de un individuo con entrenamiento especializado. El término "autoajuste mínimo" se define en la 42 CFR §414.402 como un ajuste que el paciente, el cuidador o el proveedor puede realizar y que no requiere los servicios de un ortesista certificado. El uso de CAD/CAM o de técnicas de fabricación aditiva no convierte el artículo en un artículo fabricado a la medida.

Ortesis ajustadas a la medida: son órtesis prefabricadas que pueden o no venir en un paquete con partes que deban ser ensambladas o adiciones que deban ser instaladas. Las ortesis ajustadas a la medida requieren mas de un ajuste mínimo en el momento de la entrega y requieren de un ortesista certificado o de un individuo con entrenamiento especializado que cumpla con la regulación y las licencias federales y estatales. Un ortesista certificado se define como un individuo certificado por el "American Board for Certification in Orthotics and Prosthetics, Inc." o por el "Board for Orthotist/Prosthetist Certification". El uso de CAD/CAM o de técnicas de fabricación aditiva no convierte el artículo en un artículo fabricado a la medida.

Para determinar la codificación apropiada de la órtesis haga la siguiente pregunta: ¿la ortesis prefabricada se entrega después de realizar un ajuste personalizado que solo puede ser realizado por una persona con experiencia o se va a entregar lista para usar (OTS)? Si requiere del ajuste personalizado por un experto, es ajustada a la medida, si requiere una modificación mínima y no debe ser hecha por un individuo con experiencia es OTS.

Para obtener información acerca de los códigos HCPCS paralelos consulte esta publicación.

- 3. Abril 3: "Dynamic Adjustable Devices, Static Progressive Stretch Devices, and Use of Modifiers – Revised "** En este artículo se les recuerda a los proveedores que las reclamaciones presentadas al Contratista Administrativo de Medicare de Equipo Médico Duradero (DME MAC) para artículos para el dedo codificados con los códigos HCPCS E1825, E1826, E1827 y E1832 deben incluir uno de los siguientes modificadores HCPCS en la línea de reclamación:

Modificador	Descripción
FA	Mano izquierda, pulgar
F1	Mano izquierda, segundo dígito
F2	Mano izquierda, tercer dígito

F3	Mano izquierda, cuarto dígito
F4	Mano izquierda, quinto dígito
F5	Mano derecha, pulgar
F6	Mano derecha, segundo dígito
F7	Mano derecha, tercer dígito
F8	Mano derecha, cuarto dígito
F9	Mano derecha, quinto dígito

Para los códigos E1828, E1829, E1830 y E1831, deben incluir uno de los siguientes modificadores HCPCS en la línea de reclamación:

Modificador	Descripción
TA	Pie izquierdo, hallux
T1	Pie izquierdo, segundo dígito
T2	Pie izquierdo, tercer dígito
T3	Pie izquierdo, cuarto dígito
T4	Pie izquierdo, quinto dígito
T5	Pie derecho, hallux
T6	Pie derecho, segundo dígito
T7	Pie derecho, tercer dígito
T8	Pie derecho, cuarto dígito
T9	Pie derecho, quinto dígito

Los códigos E1800, E1801, E1802, E1803, E1804, E1805, E1806, E1807, E1808, E1810, E1811, E1812, E1813, E1814, E1815, E1816, E1818, E1822, E1823, E1840 y E1841 requieren de los modificadores RT para el lado derecho y LT para el lado izquierdo.

Para obtener más información consulte esta publicación.

4. **Abril 4: "Continued Use of Modifier CR and COVID-19 Claim Narrative"** En este artículo se les informa a los proveedores que deben continuar utilizando el modificador CR y la nota COVID-19 al facturar cualquier artículo DMEPOS (en renta) y los suministros y accesorios relacionados si el artículo base se entregó inicialmente durante la Emergencia de Salud Pública o PHE (fechas de servicio de marzo 1, 2020 a mayo 11, 2023) y estaba excluido de la aplicación de las indicaciones clínicas de cobertura en las Reglas Finales Provisionales CMS-1744-IFC y CMS-5531-IFC.

Agregue el modificador CR además de los demás modificadores que apliquen y al palabra "COVID -19" en el segmento NTE 2400 de la reclamación electrónica o en al casilla 19 de la reclamación en papel.

Cuando un artículo fue entregado inicialmente bajo exención y se reemplaza debido a la terminación del tiempo de vida útil razonable (RUL) de cinco (5) años, el paciente no necesita volver a calificar para ese artículo. Sin embargo, se deben seguir las reglas de reemplazo y los proveedores deben continuar usando el modificador CR.

Por ejemplo, si se reemplaza un equipo de PAP después de la RUL de cinco años, el beneficiario debe tener una evaluación en persona por parte de su médico tratante que documente que continúa usando y beneficiándose del equipo de PAP. No se requiere un nuevo estudio de sueño ni un nuevo período de prueba.

Para el listado de las Determinaciones Nacionales de Cobertura y las Determinaciones Locales de Cobertura para las cuales esto aplica consulte esta publicación.

5. **Abril 10: "VYALEV® (foscarnet and foscarnet sodium), the VYAFUSER Pump, and Related Infusion Supplies – Correct Coding and Billing – Revised".** En este artículo se les informa a los proveedores que VYALEV® (foscarnet y foscarnet sódico, AbbVie Inc. Chicago, IL, EE. UU.) es un medicamento que fue aprobado por la FDA en octubre 17, 2024 y está indicado para el tratamiento de las fluctuaciones motoras en adultos con enfermedad de Parkinson avanzada. VYALEV® se administra únicamente por vía subcutánea, preferiblemente en el abdomen y mediante la bomba VYAFUSER. Según la información de prescripción de la FDA, la dosis diaria máxima recomendada de VYALEV es de 3525 mg de foscarnet (aproximadamente 2500 mg de levodopa).

Para las fechas de servicio a partir de octubre 17, 2024, las reclamaciones por VYALEV® deben enviarse utilizando el código HCPCS J7799 (medicamentos NOC, distintos de los de inhalación, administrados a través de un equipo médico duradero). Se recuerda a los proveedores que, al enviar reclamaciones por artículos con el código J7799, deben incluir la siguiente información en cada reclamación: nombre del medicamento, laboratorio fabricante y dosis.

Las reclamaciones por la bomba VYAFUSER y los suministros de administración para fechas de servicio anteriores a enero 24, 2025 deben codificarse como E1399 (equipo médico duradero, varios) para la bomba y A9999 (suministro o accesorio de equipo médico duradero, no especificado de otro modo) para los suministros de administración. El código E1399 es el correcto si la bomba única está aprobada por la FDA y no se clasifica bajo ningún código HCPCS de bombas existente. Los proveedores deben incluir la siguiente información en cada reclamación al presentar reclamaciones para artículos codificados como E1399 o A9999: descripción del artículo, marca, modelo, precio de lista del proveedor y código HCPCS relacionado, en la casilla 19 de la reclamación en papel o en el segmento NTE 2300 o 2400 de la reclamación electrónica.

Las reclamaciones por la bomba VYAFUSER y los suministros de administración relacionados para fechas de servicio a partir de enero 24, 2025 deben codificarse de la siguiente manera

Fabricante	Producto	Modelo	Código HCPCS
PHILLIPS-MEDISIZE A/S	BOMBA VYAFUSER	2089870410	E0781
B BRAUN MEDICAL INC	JERINGA OMNIFIX	4617100V-02	K0552
CONVATEC	SET DE INFUSIÓN NERIAGUARD	704060-5226 USA	A4222
WEST	ADAPTADOR DEL VIAL	8073051	A9900*
RRC	BATERIA RECARGABLE	RRC1120-PM	K0604
CONVATEC	SET DE INFUSIÓN NERIAGUARD	704060-5229 USA	A4222

***A9900** (suministro de DME misceláneo, accesorio o componente de servicio de otro código HCPCS), el adaptador de vial no se paga por separado ya que está incluido en el pago del K0552 (suministros para bomba de infusión externa de medicamentos que no son insulínicos, cartucho tipo jeringa, estéril, cada uno).

Los proveedores deben usar el modificador KX en las reclamaciones por la bomba VYAFUSER y los suministros de infusión relacionados facturados como E0781, A4222, K0552 y K0604. En este caso, el uso del modificador

KX certifica que existe una orden escrita estándar (SWO) y que el expediente médico confirma que el artículo es razonable y necesario. No se requiere el uso del modificador KX para bombas, suministros y medicamentos con un código NOC.

Para obtener más información 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

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 inscríbase 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.
