



— ABRIL 2026 —



Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

1. Primer Taller Virtual del DME

CGS en español ha programado un taller virtual al cual está invitando a todos los proveedores de DME.

No tendrá ningún costo y se realizará a través de la plataforma de TEAMS. Las inscripciones estarán abiertas a partir de abril 10, 2026 y se cerrarán en mayo 1, 2026. El enlace para inscribirse y la información acerca de los temas que se van a tratar será publicada en abril 10 en la sección de CGS en Español – Recursos Educativos – Talleres y Seminarios CGS en Español [CGS en Español](https://cgsmedicare.com/jc/espanol/index.html) (<https://cgsmedicare.com/jc/espanol/index.html>)

Fechas:

- **Taller acerca de DME:** martes mayo 5 de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. hora de Puerto Rico y EST o de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. CT
- **Taller acerca de Prótesis y Ortesis:** miércoles mayo 6 de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. hora de Puerto Rico y EST o de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. CT

2. Revisión prepago de los expedientes médicos para el código HCPCS A6023

CGS continuará realizando revisiones de los expedientes médicos antes del pago de todas las reclamaciones que incluyan el código A6023 (apósito de colágeno, de un tamaño mayor a 48 pulgadas cuadradas)

- Los resultados de la revisión general, correspondientes al periodo de septiembre de 2025 a febrero de 2026, revelan una elevada tasa de denegación. Las principales razones de denegación incluyen:
 - 97.4% la documentación no respalda el tamaño del apósito
 - 92.1% los expedientes médicos son insuficientes o no hay respaldo suficiente de la necesidad en los expedientes médicos
 - 29.7% no se respondió a la carta de solicitud de documentación adicional (ADR)
- CGS revisará los expedientes médicos de las reclamaciones seleccionadas antes de efectuar el pago. Esta revisión no se dirige a ningún proveedor específico.
- CGS enviará Solicitudes de Documentación Adicional (ADR) para estas reclamaciones. Es importante responder a las cartas de ADR. La ley federal, en las secciones SSA 1815(a), 1833(e) y 1862(a)(1)(A), autoriza la recopilación de esta información. Los proveedores incurren en una violación del Estándar del Proveedor #28 cuando, no proporcionan la documentación requerida a un contratista de Medicare como CGS. La falta de presentación de los expedientes puede resultar en la denegación de la reclamación y en la remisión al contratista del Programa Nacional de Inscripción de Proveedores (NPE) o al UPIC.

La carta de ADR solicitará la siguiente información:

- Orden escrita del profesional tratante
- Documentación del número de heridas que van a ser tratadas con ese apósito específico
- Documentación de la evaluación de la(s) herida(s) realizada durante el mes anterior a la fecha de servicio indicada en la reclamación, la cual debe incluir el tipo de cada herida (P.Ej. herida quirúrgica, úlcera por presión, quemadura, etc.), su ubicación, tamaño (largo x ancho en cm), profundidad, cantidad de drenaje, si el apósito es primario o secundario y cualquier otra información pertinente. Los expedientes médicos

deben documentar que se han cumplido los criterios de la Determinación de Cobertura Local para el tipo específico de depósito. Estos expedientes deben obtenerse del profesional tratante, del centro de enfermería especializada o del enfermero(a) de atención de salud en la casa. La fuente de dicha información debe quedar documentada.

- Cualquier otra información pertinente
- Copia del ABN (si se obtuvo)

3. El formulario del ABN ha sido actualizado

- El OMB ha aprobado el formulario actualizado para el ABN CMS-R-131 (Notificación Anticipada para el Beneficiario de la no Cobertura)
- Puede comenzar a usarlo inmediatamente y expira en marzo 31, 2029
- Aun puede usar el formulario que tiene fecha de expiración de enero 2026, hasta mayo 11, 2026
- El formulario del ABN en español y en inglés se encuentra en [CMS Beneficiary Notice Initiative \(https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/ABN.html\)](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/ABN.html)

4. Actualización de los códigos HCPCS para abril 2026

- Códigos agregados (descripción del código en inglés). Efectivo a partir de abril 1, 2026.
 - A4318 Female external urinary collection cup, with or without ring attachment, per day
 - A4479 Electronic transanal irrigation system, includes electronic pump, water reservoir, tubing, and accessories, without catheter, any type
 - A6548 Accessory to custom gradient compression garment, silicone band, any size
 - A8005 Powered, cable driven grip assist glove, hand, finger, includes microprocessor, pressure sensors, all components and accessories, custom fitted
 - A8006 Powered, cable driven grip assist glove, hand, finger, includes pressure sensors, glove replacement only
 - A9294 Prescription digital cognitive and/or behavioral therapy, biofeedback, fda cleared, per course of treatment
 - J1164 Injection, diltiazem hydrochloride in 0.72% sodium chloride, 0.5 mg
 - J1553 Injection, immune globulin (yimmugo), 100 mg
 - J9003 Leuprolide injectable (camcevi etm), 1 mg
 - J9183 Gemcitabine intravesical system, 225 mg
 - J9277 Injection, pembrolizumab, 1 mg and berahyaluronidase alfa-pmph
 - J9278 Injection, carboplatin (avyxa), 1 mg
 - J9601 Injection, livoseltamab-gcpt, 1 mg
 - L2221 Addition to lower extremity orthosis, ankle system, microprocessor-controlled feature plantarflexion and/or dorsiflexion, includes power source
 - L5992 All lower extremity prosthesis, foot shell for modular foot/non-solid ankle cushion heel (sach) replacement only
- Códigos modificados (descripción del código en inglés). Efectivo a partir de abril 1, 2026.
 - J0174 Lecanemab-irmb, for intravenous injection, 1 mg
 - L6028 Partial hand, finger, and thumb prosthesis without prosthetic digit(s) /thumb, amputation at metacarpal level, including flexible or non-flexible interface, molded to patient model, for use without external power and/or passive prosthetic digit/thumb, not including inserts described by I6692
- Códigos descontinuados (descripción del código en inglés). Efectivo a partir de marzo 31, 2026
 - L6000
 - L6010
 - L6020

5. Revisión general de los expedientes médicos antes del pago

CGS llevará a cabo una revisión de los expedientes médicos antes del pago de las reclamaciones correspondientes a los siguientes seis grupos de políticas, **enviadas por proveedores nuevos**:

- Ortesis (extremidades inferiores, extremidades superiores y columna vertebral)
- Presión Positiva Continua en las Vías Respiratorias (CPAP)

- Apósitos quirúrgicos
- Monitores de la glucosa
- Zapatos terapéuticos para personas con diabetes
- Suministros para ostomía

Estos seis grupos de políticas ocupan un lugar destacado en cuanto a los errores identificados por el CERT para la Jurisdicción B y la Jurisdicción C. Los nuevos proveedores son identificados por CMS en el “2026 Home Health Prospective Payment System (HH PPS) (90 FR 29108)” y en el “Nationwide Temporary Moratoria on Enrollment of Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Medical Supply Companies (91 FR 9855)” como entidades frecuentemente asociadas con altos niveles de fraude, despilfarro y abuso.

CGS enviará Solicitudes de Documentación Adicional (ADR) para estas reclamaciones. Es importante responder a las cartas de ADR. La ley federal (Ley del Seguro Social, Secciones 1815(a), 1833(e) y 1862(a)(1)(A)) autoriza la recopilación de esta información. Los proveedores incurren en una violación del Estándar del Proveedor #28 cuando, ante una solicitud, no proporcionan la documentación requerida a un contratista de Medicare como CGS.

El no enviar estos documentos puede dar lugar a la denegación de la reclamación y a su remisión al contratista del Programa Nacional de Inscripción de Proveedores (NPE) o a los Contratistas UPIC.

La carta de solicitud de documentación adicional (ADR) requerirá la siguiente información para respaldar el pago de la reclamación:

- La orden escrita del profesional tratante
- Los expedientes médicos pertinentes que respalden que los artículos ordenados son médicamente necesarios
- Cualquier otra documentación pertinente
- Documento de entrega
- Copia del ABN, en caso de haberse obtenido

6. Recursos en español que fueron actualizados o agregados

- myCGS Manual del Usuario (actualizado)
- Herramienta de Resolución de Denegaciones (actualizada)
- Lista de chequeo de la documentación para oxígeno (actualizada)
- Lista de chequeo de la documentación para Equipos de Compresión Neumática (agregada)
- Guía para completar el formulario de pre-autorización (actualizada)



Educación en Español Programada Para Este Mes

Para los webinars usamos la plataforma de “TEAMS”, por lo tanto, debe poder conectarse desde su computadora, tableta o teléfono. Los webinars se realizarán a las 2:00 p.m. hora de Puerto Rico y ET.

- **Abril 7:** zapatos para personas con diabetes
- **Abril 9:** suministros para urología (catéteres urinarios)
- **Abril 14:** fundamentos de Medicare
- **Abril 16:** órtesis de rodilla (rodilleras)
- **Abril 21:** bombas de succión gástrica y respiratoria
- **Abril 23:** órtesis espinales (fajas par espalda)

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](https://www.cgsmedicare.com/jc/espanol/index.html) (<https://www.cgsmedicare.com/jc/espanol/index.html>)

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



Noticias y Publicaciones

Para revisar estas publicaciones debe ir a [News & Publications](https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/index.html) (<https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/index.html>) (en inglés).

Para esta edición tenemos:

1. **Marzo 2: “Check out our updated CSI User Guide”** En esta publicación se recuerda a los proveedores los beneficios que tiene el inscribirse al “CSI” para poder ver de manera electrónica el estatus de producción de sus reclamaciones. Por lo menos tres días laborables después de haber transmitido exitosamente su reclamación, podrá localizar la reclamación dentro del ciclo de procesamiento.

Para obtener más información acerca del procesos de inscripción y de la guía de uso, consulte esta publicación.

2. **Marzo 9: “Prior Authorization Non-Affirmative Decision: Resubmissions vs Appeals”** En esta publicación se informa a los proveedores que cuando envía una solicitud de pre-autorización y recibe una decisión no afirmativa, esta solicitud se considera como una solicitud de pre-autorización incompleta. Una decisión no afirmativa significa que Medicare revisó la solicitud y determinó que, si se presenta una reclamación por el artículo DMEPOS, es poco probable que cumpla con las normas de cobertura, codificación o pago de Medicare. Los DME MAC le envían una carta explicando la documentación faltante. Esta carta se envía por fax, correo postal, esMD o a través de myCGS.

Si recibe una decisión no afirmativa, tiene 2 opciones:

Vuelva a enviar la solicitud de autorización de pre-autorización con toda la documentación requerida. No hay límite de reenvíos y recibirá la decisión en un plazo de 5 días hábiles. Esta es la manera más rápida de obtener la afirmación de la pre-autorización y evitar retrasos en la atención al paciente. La forma más sencilla de enviar o volver a enviar la solicitud es a través del portal myCGS.

Puede enviar la reclamación con el UTN no afirmativo. La reclamación será denegada y podrá presentar una apelación. Recibirá una decisión en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de la redeterminación.

Las decisiones no afirmativas suelen ocurrir porque:

- Falta documentación o está incompleta
- La orden no está o está incompleta
- Hay un artículo igual o similar en el historia de reclamaciones

Para más información consulte esta publicación

3. **Marzo 11: “Rejections Due to Missing Modifiers on Nebulizer Claims (including Dispensing Fees)”** En esta publicación se informa a los proveedores que para las fechas de servicio a partir de febrero 1, 2026, los proveedores deben agregar uno de los modificadores KX, GA o GZ a las reclamaciones para TODOS los equipos de nebulizar, todos los medicamentos para nebulizar relacionados, todos los suministros relacionados y todas las tarifas de despacho.

Si facturó sin el modificador KX, GA o GZ en el medicamento, la tarifa de despacho, los suministros, etc. la reclamación completa es rechazada con el código ANSI CO-4, debe volver a enviar la reclamación con el modificador apropiado (KX, GA o GZ)

Si facturó con el modificador KX, GA o GZ en el medicamento y los suministros, pero no en la tarifa de despacho, nuestro sistema divide la reclamación, rechaza la tarifa de despacho con CO-4 y procesa el resto correctamente. En esta situación envíe una solicitud de reapertura por escrito utilizando una de las siguientes opciones: el portal de myCGS o el formulario de solicitud por correo. No es necesario que incluya el nombre del paciente, ni el número de Medicare, ni el número de control de la reclamación (CCN) pues se procesará como una excepción. Su solicitud debe contener: su número de PTAN, el código HCPCS del medicamento, el código HCPCS de la tarifa de despacho, el rango de la fecha de servicio y una nota solicitando que se agregue el modificador KX.

Para más información consulte esta publicación.

- 4. Marzo 19: “Correct Coding - Partial Hand Prostheses - Revised”** En esta publicación se informa a los proveedores que en el segundo ciclo bianual (B2) de codificación HCPCS del 2025, CMS publicó en marzo 6, 2026 su decisión final acerca de la codificación, en la cual se señaló que los siguientes códigos HCPCS para prótesis parcial de mano serán reemplazados por el código L6028: (definición de los códigos en inglés)
- L6000 (partial hand, thumb remaining)
 - L6010 (partial hand, little and/or ring finger remaining)
 - L6020 (partial hand, no finger remaining)

CMS también anunció la redacción final de la descripción detallada del código HCPCS L6028, y aclaró que el código L6028 será válido para la facturación a Medicare para las fechas de servicio a partir de abril 1, 2026.

- L6028: partial hand, finger, and thumb prosthesis without prosthetic digit(s) /thumb, amputation at metacarpal level, including flexible or non-flexible interface, molded to patient model, for use without external power and/or passive prosthetic digit/thumb, not including inserts described by L6692 (definición en inglés)

Según las directrices de CMS, el código L6028 es un código de base para las prótesis parciales de mano y permite el uso de códigos de adición según aplique. El código de base por sí solo podría no describir de manera exhaustiva la prótesis entregada. Los códigos “L” designados como códigos para las adiciones, pueden utilizarse para describir características y funciones que no se encuentran contempladas en el código base “L”. Los códigos “L” disponibles corresponden específicamente a amputaciones parciales de mano (P.Ej. L6030, L6035, L6038) o bien a niveles inespecíficos de amputaciones de la extremidad superior (P.Ej. L6692, L6698). La utilización de los códigos “L” correspondientes a los niveles de amputación específicos situados proximalmente al nivel de amputación parcial de mano se considerarán como codificación incorrecta.

El código L7499 (upper extremity prosthesis, not otherwise specified-descripción del código en inglés) no debe utilizarse para facturar características o funciones incluidas en el código “L” de base, ni tampoco debe usarse cuando exista un código “L” específico.

Para más información consulte esta publicación

- 5. Marzo 19: “Payment Rules – Continuous Passive Motion Machines – Revised”** En esta publicación se informa a los proveedores que Medicare cubre los equipos de movimiento pasivo continuo (CPM) bajo el beneficio de equipo médico duradero. Los requisitos de razonable y necesario (R&N) se establecen en la Determinación Nacional de Cobertura (NCD) 280.1 de CMS. La NCD establece lo siguiente:

“Los equipos de movimiento pasivo continuo son equipos cubiertos para los pacientes que han recibido un reemplazo total de rodilla. Para calificar para la cobertura, el uso del equipo debe comenzar dentro de los 2 días posteriores a la cirugía. Además, la cobertura se limita a aquella parte del periodo de 3 semanas posterior a la cirugía durante la cual el equipo se usa en la casa del paciente. No existe evidencia suficiente para justificar la cobertura de estos equipos por periodos de tiempo más prolongados o para otras aplicaciones.” (no es una traducción oficial).

Tenga en cuenta que CMS le ha aclarado a los DME MACs que, además del reemplazo total de rodilla, el CPM también está cubierto tras la revisión de un componente principal de un reemplazo total de rodilla anterior (P.Ej. los componentes tibiales o el componente femoral).

Encuentra las instrucciones de facturación adicionales en el Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare (Medicare Claim Processing Manual) (Pub. CMS 100-04), Capítulo 20, Sección 30.2.1, el cual establece: “Los MAC hacen el pago por cada día en que el equipo se usa en la casa del paciente. No se podrá realizar pago alguno por el equipo, cuando este no se usa en la casa del paciente o una vez transcurrido el periodo de 21 días. Dado que es posible que el paciente reciba los servicios de CPM en su casa el mismo día en que es dado de alta del hospital, dicha fecha se contabiliza como el primer día del periodo de cobertura limitada de tres semanas” (no es una traducción oficial).

Guías de codificación:

Los equipos de movimiento pasivo continuo se clasifican bajo dos códigos HCPCS: (definición en inglés)

- E0935 – continuous passive motion exercise device for use on knee only
- E0936 – continuous passive motion exercise device for use other than knee

El primer criterio para cualquier equipo médico duradero es que sea, precisamente, duradero y capaz de soportar un uso repetido a lo largo de su vida útil prevista de cinco años. Los artículos fabricados con materiales elásticos,

textiles, de un solo uso o de plástico ligero no se consideran duraderos y por lo tanto, no cumplen con los requisitos establecidos para el equipo médico duradero (DME).

En segundo lugar, el equipo debe ser capaz de generar un movimiento pasivo continuo en la extremidad afectada. Estas características implican que el equipo debe poseer, en sí mismo, la capacidad de movilizar la extremidad afectada:

- En un plano de movimiento apropiado
- De manera continua
- A una velocidad constante
- Durante un periodo de tiempo prescrito
- Con límites ajustables del rango de movimiento
- Con un rango de movimiento idéntico en cada ciclo
- Sin ninguna intervención del paciente mediante las extremidades contralaterales u otras y
- Con interruptores de seguridad o de corte de fácil acceso

Estas características requieren que el equipo funcione con energía eléctrica, ya sea mediante corriente alterna o batería. Los modelos alimentados por batería deben contar con un adaptador de corriente alterna para su uso a largo plazo. Los equipos de CPM deben cumplir con todas estas características para poder ser codificados como E0935 o E0936.

Los equipos de estiramiento controlados por el paciente no se consideran como equipos de CPM y no deben facturarse utilizando los códigos E0935 o E0936.

Cobertura y documentación

De acuerdo con la NCD, los CPM están cubiertos por Medicare únicamente si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El tratamiento con el CPM se inicia después de un reemplazo total de rodilla o de la revisión de un componente principal de un reemplazo total de rodilla realizado previamente. Los CPM no están cubiertos después de ningún otro tipo de cirugía de rodilla o articular
- El tratamiento con el CPM debe administrarse dentro de las 48 horas posteriores a la cirugía para ser elegible para la cobertura de Medicare

Las reclamaciones correspondientes a artículos que no cumplan con estos criterios serán denegadas por considerarse no razonables ni necesarias.

La cobertura se limita a 21 días a partir de la fecha de la cirugía. El equipo de CPM no debe ser entregado al beneficiario antes de la cirugía, debido a que la necesidad médica del equipo no comienza sino hasta después de la intervención quirúrgica. Es aceptable entregar el CPM en el hospital en la fecha de la cirugía o después de la misma, para su aplicación inmediata. Se debe facturar al DME MAC únicamente por aquellos días de tratamiento con el CPM posteriores al alta hospitalaria.

El proveedor debe tener en sus archivos la orden escrita estándar, firmada por el profesional que ordena y con fecha de firma, antes de enviar la reclamación del CPM.

En caso de auditoría, el expediente médico debe contener información que demuestre el cumplimiento de los criterios de cobertura.

Al facturar un CPM (HCPCS E0935), se debe incluir en la reclamación toda la siguiente información:

- Tipo de cirugía de rodilla realizada
- Fecha de la cirugía
- Fecha de inicio del CPM y
- Fecha del alta hospitalaria

Las reclamaciones presentadas sin esta información requerida serán denegadas por no considerarse razonables ni necesarias.

Para más información consulte esta publicación

- 6. Marzo 26: “Claims Rejected for Missing KG Modifier”** En esta publicación se informa a los proveedores que CGS ha observado que se están rechazando un gran volumen de reclamaciones correspondientes a pacientes que residen en antiguas áreas del “Competitive Bidding” o CBA debido a que no se facturó con el modificador KG. El modificador

KG se utiliza para las tarifas. Este le indica a Medicare que se están facturando ciertos accesorios junto con un artículo base que anteriormente formaba parte del Programa del “Competitive Bidding”. Usted debe añadir el modificador KG únicamente para las antiguas áreas del CBA y solo para las combinaciones específicas de accesorio y artículo de base que se enumeran a continuación:

| Política | Agregue el modificador KG a | Cuando lo use con un equipo de base |
|---|-----------------------------|--|
| Nutrición Enteral | E0776BA | B9002 |
| Nebulizadores | A7005 | E0570, E0572 y E0585 |
| Terapia de Heridas con Presión Negativa | A7000 | E2402 |
| TENS | A4557, A4595, E0731 | E0720, E0730 |
| Andadores | E0156 | E0130, E0135, E0140, E0141, E0143, E0148 y E0149 |

No utilice el modificador KG si el accesorio se factura con un artículo base diferente. Si factura un accesorio con el modificador KG sin incluir uno de los artículos de base mencionados anteriormente, la reclamación será rechazada. Puede corregir y volver a enviar cualquier reclamación rechazada por no tener el modificador KG.

Si no está seguro de si el paciente reside en una antigua CBA, utilice la nueva opción de búsqueda #5 en la sección de “Fee Schedules” de la página de internet de CGS para determinar si el código postal del paciente (zip code) se encuentra dentro de una antigua CBA.

Para más información consulte esta publicación

- 7. Marzo 26: “Lymphedema Compression Treatment Items – Correct Coding and Billing – Revised”** En esta publicación se informa a los proveedores que acerca de esta publicación acerca de la codificación y facturación correctas es efectiva para reclamaciones con fechas de servicio a partir de enero 1, 2024; sin embargo, las instrucciones sobre el uso de los modificadores SC, GA, GY y GZ son efectivas para reclamaciones con fechas de servicio a partir de enero 1, 2026.

Esta publicación provee las guías acerca de la codificación y facturación de los artículos de compresión para el tratamiento del linfedema con base en la Regla Final CMS-1780-F y la regulación 42 CFR 410.2, 410.36(a)(4) y 414.1680.

Información sobre la cobertura inicial y de reemplazo según la Regla Final

Los artículos de compresión están cubiertos solamente para el tratamiento del linfedema (ver los códigos ICD-10 que respaldan la necesidad médica). Las reclamaciones por prendas de compresión gradual, suministros relacionados y accesorios para diagnósticos distintos del linfedema se rechazarán por no estar cubiertas.

Se cubren 3 artículos de compresión diurna cada seis (6) meses y 2 artículos de compresión nocturna cada 24 meses.

El remplazo se hace de acuerdo con estos límites de frecuencia; una vez cada seis (6) meses para prendas de uso diurno o vendajes y una vez cada dos (2) años para prendas de uso nocturno.

Las reclamaciones por prendas o 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. El expediente médico del paciente no se limita a las notas de la oficina del médico. Puede incluir expedientes de hospitales, hogares de ancianos o de cuidado de salud en casa, así como registros de otros profesionales de la salud, como los especialistas en tratamiento del linfedema. Esta documentación debe estar disponible si el DME MAC la solicita.

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 el tratamiento del linfedema. 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.

Códigos HCPCS del grupo 1: (revise la descripción de los códigos en esta publicación)

A6515, A6516, A6517, A6518, A6519, A6520, A6521, A6522, A6523, A6524, A6525, A6526, A6527, A6528, A6529, A6530, A6533, A6534, A6535, A6536, A6537, A6538, A6539, A6540, A6541, A6544, A6548, A6549, A6552, A6553, A6554, A6555, A6556, A6557, A6558, A6559, A6560, A6561, A6562, A6563, A6564, A6565, A6566, A6567, A6568, A6569, A6570, A6571, A6572, A6573, A6574, A6575, A6576, A6577, A6578, A6579, A6580, A6581, A6582, A6583, A6584, A6585, A6586, A6587, A6588, A6589, A6593, A6594, A6595, A6596, A6597, A6598, A6599, A6600, A6601, A6602, A6603, A6604, A6605, A6606, A6607, A6608, A6609, A6610 y A6611.

CMS ha establecido cinco códigos HCPCS no especificados de otra manera para identificar suministros de vendajes de compresión, accesorios, vendajes y prendas de compresión que no están identificados por un código HCPCS único (definición del código en inglés):

- A6519 – gradient compression garment, not otherwise specified, for nighttime use, each
- A6549 – gradient compression garment, not otherwise specified, for daytime use, each
- A6584 – gradient compression wrap with adjustable straps, not otherwise specified
- A6593 – accessory for gradient compression garment or wrap with adjustable straps, not otherwise specified
- A6609 – gradient compression bandaging supply, not otherwise specified

Cada vendaje de compresión, accesorio, vendaje o prenda de compresión sin un HCPCS único debe facturarse en una línea de la reclamación independiente con A6519, A6549, A6584, A6593 o A6609 y las unidades de servicio correspondientes. Las reclamaciones por A6519, A6549, A6584, A6593 y A6609 deben incluir la siguiente información en la nota de la reclamación electrónica (NTE 2300 o NTE 2400) o en la casilla 19 de la reclamación en papel:

- Descripción del artículo (incluida la cantidad que representa cada unidad de servicio (P. Ej. por pulgada, pie o yarda para suministros)
- Nombre del fabricante
- Nombre y número del producto
- Precio de lista del proveedor
- HCPCS del artículo relacionado (si corresponde)

Requisitos de la Documentación

Para respaldar la cobertura de Medicare, el expediente médico debe incluir todo lo siguiente:

- Diagnóstico de linfedema documentado por el profesional tratante (MD, DO, NP, PA, CNS) en el expediente médico del paciente. Esta documentación no puede ser de un profesional médico clínico con licencia (LCMP), tal como un terapeuta físico, un terapeuta ocupacional o un terapeuta de linfedema, aun si los expedientes médicos están co-firmados por el médico que ordena.
- Orden Escrita Estándar (SWO) válida que incluya:
 - Nombre del beneficiario o Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI)
 - Fecha de la orden
 - Descripción general del artículo
 - La descripción puede ser una descripción general (P.Ej., silla de ruedas o cama de hospital), un código HCPCS, una descripción del código HCPCS o la marca y número de modelo
 - Para equipos: además de la descripción del artículo base, la SWO puede incluir todas las opciones, accesorios o características adicionales solicitadas al mismo tiempo y que se facturen por separado o que requieran un código de categoría superior (enumere cada uno por separado)
 - Para suministros: además de la descripción del artículo base, la orden de DMEPOS puede incluir todos los suministros ordenados al mismo tiempo que se facturen por separado (enumere cada uno por separado)
 - Cantidad a para despachar, si aplica
 - Nombre del profesional tratante o el NPI
 - Firma del profesional tratante
- Documentación que demuestre que el artículo se utiliza para el tratamiento del linfedema
- Documentación que respalde la cantidad y el reemplazo, de acuerdo con los límites de frecuencia establecidos por la ley o la necesidad médica de reemplazo debido a:
 - Un cambio en la condición médica o física o
 - Pérdida, robo o daño irreparable
- Solo para prendas fabricadas a la medida: documentación que respalde la necesidad de un artículo fabricado a la medida en lugar de un artículo de estándar
- Para accesorios: documentación que demuestre que el accesorio es necesario para el uso eficaz del artículo de compresión cubierto

Modificadores

GA, GY, GZ, LT, RT, RA, SC

Las prendas de compresión gradual, suministros relacionados y accesorios cuando se indica lateralidad (códigos HCPCS 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. Cuando se facture el mismo código para artículos bilaterales (izquierdo y derecho) en la misma fecha de servicio, facture cada artículo en dos líneas de reclamación separadas utilizando los modificadores RT y LT y una unidad de servicio (UOS) en cada línea de reclamación. No utilice el modificador RTLT en la misma línea de reclamación ni facture con dos UOS. Las reclamaciones facturadas sin los modificadores RT o LT o con RTLT en la misma línea de reclamación y dos UOS, se rechazarán por codificación incorrecta.

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. El reemplazo de las prendas sólo podrá realizarse de acuerdo con las limitaciones de frecuencia de una vez cada seis (6) meses para prendas diurnas o vendajes y una vez cada dos (2) años para prendas nocturnas.

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 modificador SC y los modificadores G indican si el beneficiario cumple con los requisitos legales, razonables y necesarios descritos en la Regla Final CMS-1780-F de CMS y en la regulación 42 CFR 410.2, 410.36(a)(4) y 414.1680. Estos modificadores indican si se cumplen los criterios de pago que aplican (modificador SC) y proporcionan información adicional sobre la cobertura o la responsabilidad civil (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 el modificador SC, GA, GY o GZ se rechazarán por falta de información.

Modificador SC: servicio o suministro médicamente necesario. El modificador SC debe agregarse a una reclamación por artículos de tratamiento de compresión para linfedema cuando se cumplan todos los requisitos legales y razonables y necesarios (R&N) descritos en la Regla Final CMS-1780-F de CMS y en la regulación 42 CFR 410.2, 410.36(a)(4) y 414.1680. Los proveedores no están obligados a obtener toda la documentación requerida antes de enviar la reclamación; sin embargo, agregar el modificador SC a cada código de prenda de compresión para linfedema facturado sirve como certificación del proveedor de que se han cumplido los requisitos para su uso.

Modificador GA: renuncia de responsabilidad (se prevé su denegación por no ser razonable ni necesaria (R&N) y se tiene un ABN en archivo). Cuando se prevé la denegación de una reclamación de Medicare debido a que un artículo o servicio no cumple con los criterios de R&N, el proveedor debe emitir un ABN al beneficiario antes de entregar el artículo o brindar el servicio. Cuando el beneficiario acepta la responsabilidad financiera y firma un ABN válido, el proveedor transmite la reclamación a Medicare agregando el modificador GA a cada código HCPCS correspondiente. El modificador GA indica que el proveedor cuenta con un ABN en archivo. No se debe usar el modificador GA si no se tiene un ABN válido. Las reclamaciones enviadas con el modificador GA recibirán una denegación por necesidad médica, lo que responsabiliza al beneficiario.

Modificador GY: artículo o servicio excluido por ley o que no cumple con la definición de ningún beneficio de Medicare. El modificador GY indica que un artículo o servicio está excluido por ley o que no cumple con la definición de ningún beneficio de Medicare. Los artículos para el tratamiento de compresión del linfedema están cubiertos por el beneficio de Artículos para el Tratamiento de Compresión del Linfedema (Ley del Seguro Social, §1861(s)(2) (JJ)). Las reclamaciones presentadas con el modificador GY se denegarán por no estar cubiertas por ley, lo que implica que el beneficiario será responsable de los servicios excluidos.

Modificador GZ: artículo o servicio no razonable ni necesario (se prevé su denegación por no ser razonable ni necesario y no se tiene un ABN en archivo). Si el proveedor decide aceptar la responsabilidad por la denegación prevista, debe agregar el modificador GZ a cada código HCPCS correspondiente.

Cuando se prevé la denegación de una reclamación de Medicare porque un artículo o servicio no cumple con los criterios de R&N, el proveedor debe darle un ABN al beneficiario. El modificador GZ indica que el proveedor no cuenta con un ABN en archivo. Las reclamaciones presentadas con el modificador GZ recibirán una denegación por necesidad médica, lo que responsabiliza al proveedor.

La selección correcta del modificador G requiere de una evaluación de la posible causa de la 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 R&N, el modificador GA o GZ es apropiado de acuerdo con el estatus del ABN.

Códigos ICD-10 que respaldan la necesidad médica

El pago por estos artículos se limita a los siguientes códigos ICD-10 de linfedema: I89.0, I97.2, I97.89 y Q82.0. La presencia de uno de los códigos ICD-10-CM enumerados en esta sección no es suficiente por sí sola para asegurar la cobertura.

Para 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](https://www.cgsmedicare.com/jc/espanol/index.html) (<https://www.cgsmedicare.com/jc/espanol/index.html>) 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](https://www.cgsmedicare.com/jc/education/noticias_en_espanol.html)** (https://www.cgsmedicare.com/jc/education/noticias_en_espanol.html)



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. (disponible en inglés).

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 esta imagen

* *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 2026, CGS Administrators LLC