



— ENERO 2026 —



Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

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

- **LCD “Nebulizadores”**. Fecha de efectividad 02/01/2026
 - Se revisó lo siguiente
 - Información sobre la cobertura del nebulizador de pequeño volumen y el compresor asociado para incluir la cobertura cuando sea razonable y necesario administrar la solución de cloruro de sodio hipertónico para inhalación aprobada por la FDA (J7131) para los diagnósticos específicos (revise los códigos ICD-10-CM del grupo 15 en el Artículo de Política relacionado con la LCD)
 - Información sobre la cobertura del nebulizador de pequeño volumen y el compresor asociado para incluir la cobertura cuando sea razonable y necesario administrar la solución de ensifentrina para inhalación aprobada por la FDA (J7601) como terapia complementaria para los diagnósticos específicos (revise los códigos ICD-10-CM del Grupo 16 en el Artículo de Política relacionado con la LCD y los requisitos de documentación específicos de la política en el Artículo de Política relacionado con la LCD)
 - Tabla que representa la cantidad máxima de miligramos por mes de los medicamentos inhalados que son razonables y necesarios para usarse con un nebulizador. Se modificó añadiendo una fila que incluye "Ensifentrine" en la columna de medicamentos y soluciones para inhalación y que incluye "180 mg/mes – 60 unidades/mes" en la columna de cantidad máxima de miligramos por mes
 - Tabla que representa la cantidad máxima de miligramos por mes de medicamentos inhalados que son razonables y necesarios para usarse con un nebulizador, se modificó añadiendo una fila que incluye "solución salina hipertónica" en la columna de medicamentos y soluciones para inhalación y que incluye "240 ml/mes" en la columna de cantidad máxima de miligramos por mes
 - Se agregó lo siguiente
 - "El uso de ensifentrina (J7601) sin terapia de mantenimiento dual LABA/LAMA o terapia de mantenimiento triple LABA/LAMA/ICS se considerará no razonable ni necesario"
 - Información relacionada con la ensifentrina
 - información relacionada con la solución salina hipertónica
 - Códigos HCPCS J7131 y J7601 al grupo 3
 - Respuesta a los comentarios (A60378)
- **Artículo de la Política “Nebulizadores”**. Fecha de efectividad 02/01/2026
 - Se agregó lo siguiente
 - Esto no se aplica a la solución salina hipertónica J7131, que se administra como medicamento por inhalación y no como diluyente, a la Información sobre la tarifa de despacho
 - Requisitos de documentación para la ensifentrina
 - Código HCPCS J7601 a los códigos de dosis única aprobados por la FDA cuando se facturan con la información del modificador KP o KQ
 - Código HCPCS J7601 para los códigos de las dosis únicas aprobados por la FDA cuando se factura con la información del modificador KP o KQ
 - Código ICD-10-CM Q34.8 a los códigos del grupo 3

- Al grupo 15: “Para el código HCPCS J7131” y códigos ICD-10-CM E84.0, J47.0, J47.1, J47.9, Q33.4, Q34.8
- Al grupo 16: “Para el código HCPCS J7601” y códigos ICD-10-CM J41.0, J41.1, J41.8, J42, J43.0, J43.1, J43.2, J43.8, J43.9, J44.0, J44.1, J44.89, J44.9
- Se revisó lo siguiente
 - Instrucciones para los modificadores GA, GZ y KX, que incluyen nebulizadores, medicamentos y suministros.

2. Nueva política agregada a CGS Connect®

- Los artículos de compresión para el manejo del linfedema fueron agregados al programa de revisión voluntaria de documentación CGSConnect®
- Los códigos HCPCS agregados son los siguientes: A6521, A6523, A6525, A6527, A6529, A6553, A6555, A6610, A6556, A6557, A6558, A6565, A6574, A6576, A6577, A6579 y A6580
- Para obtener más información acerca del programa CGS Connect® vaya a [CGS Connect](https://www.cgsmedicare.com/jc/mr/cgsconnect.html) (<https://www.cgsmedicare.com/jc/mr/cgsconnect.html>) (en inglés)

3. Nuevo Modificador Requerido para Ventiladores, Artículos de Compresión para Manejo de Linfedema y Equipos de compresión Neumática

- Para todas las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2026, los proveedores deben agregar uno de estos modificadores (**SC**, GA, GY o GZ) en todas las reclamaciones por ventiladores, artículos de compresión para manejo de linfedema y equipos de compresión neumática. **El modificador SC** (servicio o suministro médicamente necesario) indica que se cumplen los criterios de pago aplicables según la Determinación de Cobertura Nacional (NCD) o la regulación pertinente. Por otro lado, los modificadores GA, GY o GZ indican que no se cumplen los criterios de pago aplicables
- Las líneas de una reclamación facturadas sin el modificador SC, GA, GY o GZ serán rechazadas por falta de información y podrán volver a transmitirse agregando el modificador apropiado

4. Archivos de las tarifas para DMEPOS y para Medicamentos ASP

- CMS determina y publica trimestralmente los archivos con las tarifas para DMEPOS y Medicamentos ASP. Puede consultarlos en [CMS DMEPOS Fee Schedule Files](https://www.cms.gov/medicare/payment/fee-schedules/dmepos/dmepos-fee-schedule) (<https://www.cms.gov/medicare/payment/fee-schedules/dmepos/dmepos-fee-schedule>) (en inglés) y en [CMS ASP Pricing Files](https://www.cms.gov/medicare/payment/part-b-drugs/asp-pricing-files) (<https://www.cms.gov/medicare/payment/part-b-drugs/asp-pricing-files>) (en inglés)

5. Actualización de los Códigos HCPCS

- Códigos agregados, efectivo enero 1, 2026 (descripciones en inglés)
 - A4295 Intermittent urinary catheter; straight tip, hydrophilic coating, each
 - A4296 Intermittent urinary catheter; coude (curved) tip, hydrophilic coating, each
 - A4297 Intermittent urinary catheter; hydrophilic coating, with insertion supplies
 - J0013 Esketamine, nasal spray, 1 mg
 - J0162 Injection, epinephrine (fresenius), not therapeutically equivalent to j0165, 0.1 mg
 - J0654 Injection, liothyronine, 1 mcg
 - J1073 Testosterone pellet, implant, 75 mg
 - J1736 Injection, meloxicam (delova), 1 mg
 - J1737 Injection, meloxicam (azurity), 1 mg
 - J1837 Injection, posaconazole, 1 mg
 - J2516 Injection, pentamidine isethionate, 1 mg
 - J2596 Injection, vasopressin (long grove), not therapeutically equivalent to j2598, 1 unit
 - J2711 Injection, neostigmine methylsulfate 0.1 mg and glycopyrrolate 0.02 mg
 - J3291 Injection, tranexamic acid in sodium chloride, 5 mg
 - J3376 Injection, vancomycin hcl (hikma), not therapeutically equivalent to j3373, 10 mg
 - J3379 Injection, valproate sodium, 5 mg
 - J3387 Injection, elivaldogene autotemcel, per treatment
 - J3389 Topical administration, prademagene zamikeracel, per treatment
 - J7299 Intrauterine copper contraceptive (miudella)
 - J7528 Mycophenolate mofetil, for suspension, oral, 100 mg
 - J9184 Injection, gemcitabine hydrochloride (avyxa), 200 mg

- J9256 Injection, nipocalimab-aahu, 3 mg
- J9282 Mitomycin, intravesical instillation, 1 mg
- J9326 Injection, telisotuzumab vedotin-tllv, 1 mg
- Q5160 Injection, bevacizumab-nwgd (jobevne), biosimilar, 10 mg

- Códigos en los cuales se ha hecho un cambio en la descripción, efectivo enero 1, 2026 (descripciones en inglés)
 - A4351 Intermittent urinary catheter; straight tip, with or without coating (teflon, silicone, or silicone elastomer, etc.), each
 - A4352 Intermittent urinary catheter; coude (curved) tip, with or without coating (teflon, silicone, or silicone elastomeric, etc.), each

- Códigos discontinuados, efectivo diciembre 31, 2025

J0172	J0190	J0200	J0205	J0215	J0288	J0350	J0365	J0380	J0395	J0710
J0715	J0795	J0889	J1267	J1330	J1443	J1444	J1445	J1452	J1457	J1562
J1572	J1620	J1655	J1710	J1945	J2504	J2513	J2910	J2940	J2995	J3280
J3305	J3310	J3320	J3355	J3364	J3365	J3400	J7505	J8562	J8650	J9019
J9020	J9098	J9151	J9165	J9212	J9270	Q0174	Q5109	J0288	J1457	J1562
J7505	J7513	J8562	J8650	Q0174						

6. Nueva sección de preguntas frecuentes para suministros de ostomía

- CGS sabe lo importante que es obtener respuesta a sus preguntas, por lo tanto, hemos publicado las preguntas mas comunes acerca de suministros de ostomía y sus respuestas. Las encuentra en [Ostomy Supplies Frequently Asked Questions \(FAQs\)](https://www.cgsmedicare.com/jc/help/faqs/current/ostomy-supplies.html) (<https://www.cgsmedicare.com/jc/help/faqs/current/ostomy-supplies.html>) (en inglés)

7. Lista de códigos HCPCS de acuerdo con la jurisdicción a la que corresponden

- Fue publicada la lista actualizada de códigos HCPCS en donde se clasifican de acuerdo con la jurisdicción de pago a la cual corresponden (Parte B o DME MAC). Se encuentra en [2026 DMEPOS HCPCS Jurisdiction List-January Update](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.cgsmedicare.com%2Fjc%2Fclaims%2Fjurisdiction_list%2F2026-january-dmepos-jurisdiction-list.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK) (https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.cgsmedicare.com%2Fjc%2Fclaims%2Fjurisdiction_list%2F2026-january-dmepos-jurisdiction-list.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK) (en inglés)

8. Los siguientes recursos en Español fueron actualizados

- Lista de chequeo de documentación RAD E0470
- Lista de chequeo de documentación RAD E0470
- myCGS® Guía de Referencia Rápida para Crear la Contraseña
- myCGS® Guía de Inscripción y Manejo de Cuenta



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.

- **Enero 15: camas hospitalarias**
- **Enero 20: nutrición enteral y parenteral**
- **Enero 22: accesorios para sillas de ruedas**
- **Enero 27: equipos de TENS**

- **Enero 29: artículos para el manejo del linfedema**

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. **Diciembre 4: “Correct Billing and Coding of Ventilators – Revised”** En esta publicación se informa a los proveedores que la tecnología de los ventiladores ha evolucionado hasta el punto de que es posible contar con un solo equipo capaz de operar en diferentes modos, desde la presión positiva continua básica (presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) y presión positiva en las vías respiratorias de dos niveles (PAP) hasta los modos tradicionales de ventilación de presión y volumen. De igual manera, algunos productos agregan capacidades que van más allá de estos modos de ventilación, para incorporar otras funciones médicamente necesarias que, de otro modo, serían realizadas por uno o más equipos diferentes. Esto crea la posibilidad de que un solo equipo pueda reemplazar numerosos equipos diferentes. Los equipos con capacidad de funciones múltiples pueden generar errores en las reclamaciones. Este artículo analizará la aplicación de las reglas de codificación y pago de Medicare para ventiladores.

A partir de enero 1, 2016, los equipo clasificados como ventiladores deben facturarse utilizando uno de los siguientes códigos HCPCS (definición del código en inglés):

- E0465 – home ventilator, any type, used with invasive interface, (e.g., tracheostomy tube)
- E0466 – home ventilator, any type, used with non-invasive interface, (e.g., mask, chest shell)

Para reclamaciones con fecha de servicio a partir de enero 1, 2019, el siguiente código de ventilador es elegible para la facturación de Medicare (definición del código en inglés):

E0467 – home ventilator, multi-function respiratory device, also performs any or all of the additional functions of oxygen concentration, drug nebulization, aspiration, and cough stimulation, includes all accessories, components and supplies for all functions.

Para reclamaciones con fecha de servicio a partir de abril 1, 2024, el siguiente código de ventilador es elegible para la facturación de Medicare (definición del código en inglés):

E0468 – home ventilator, dual-function respiratory device, also performs additional function of cough stimulation, includes all accessories, components and supplies for all functions.

Los productos previamente asignados a los códigos HCPCS E0450 y E0463 deben usar el código HCPCS E0465. Los productos previamente asignados a los códigos HCPCS E0460, E0461 y E0464 deben usar el código HCPCS E0466. Los proveedores pueden consultar la Lista de Clasificación de Productos (PCL) DMECS de Precios, Análisis de Datos y Codificación (PDAC) para determinar la codificación correcta de los ventiladores.

Los requisitos de la política de pago para la categoría de pago de servicio frecuente y sustancial (FSS) prohíben el pago de FSS para equipos utilizados para administrar presión positiva continua o intermitente en las vías respiratorias, independientemente de la enfermedad que sea tratada con ese equipo (Ley del Seguro Social 1834(a)(3)(A)). Esto significa que los productos actualmente clasificados con los códigos HCPCS E0465, E0466, E0467 o E0468, cuando se utilizan para terapia CPAP o PAP de dos niveles (con o sin frecuencia de respaldo), independientemente de la condición médica subyacente, podrían no pagarse en la categoría de pago FSS. Los principios generales de codificación correcta exigen que los productos asignados a un código HCPCS específico se facturen únicamente con dicho código.

Por lo tanto, usar los códigos HCPCS para equipos de CPAP (E0601) o PAP de dos niveles (E0470, E0471) para un ventilador utilizado para administrar terapia CPAP o PAP de dos niveles es codificación incorrecta. Las reclamaciones por ventiladores facturados con los códigos HCPCS para equipos de CPAP o PAP de dos niveles se rechazarán por codificación incorrecta.

Existen requisitos adicionales relacionados con la facturación de los códigos E0467 y E0468.

El código E0467 describe a un ventilador de múltiples funciones que combina la función del ventilador con **todas** las siguientes cuatro funciones adicionales: concentrador de oxígeno, nebulizador, aspirador y estimulador de la tos.

El código E0468 describe a un ventilador de múltiples funciones que combina la función del ventilador con **una** función adicional: estimulador de la tos.

Si el equipo es un ventilador de múltiples funciones, pero no combina la función de un ventilador con cada una de las funciones mencionadas anteriormente, el proveedor debe codificarlo como E1399 (durable medical equipment, miscellaneous-definición en inglés) en su reclamación. Al facturar con el código E1399, el proveedor debe escribir una nota en la reclamación que incluya todas las funciones del equipo, el nombre del fabricante, el nombre o número del producto, el precio de lista del proveedor y el HCPCS del artículo relacionado en el espacio 2300 (nota de la reclamación) o 2400 (nota de la línea), segmento NTE02 (NTE01=ADD) del formulario de reclamación electrónica profesional ANSI X12N, versión 5010A1 o en la casilla 19 del formulario de reclamación en papel.

Los siguientes códigos HCPCS para los equipos individuales están incluidos en la funcionalidad de los ventiladores de múltiples funciones codificados como E0467 o representan equipos similares utilizados para el mismo propósito o uno similar:

- Ventiladores (E0465, E0466)
- Oxígeno (E0424, E0431, E0433, E0434, E0439, E0441, E0442, E0443, E0444, E0447, E1390, E1391, E1392, E1405, E1406 y K0738)
- Nebulizadores y sus accesorios (E0565, E0570, E0572, E0585, A4619, A7003, A7004, A7005, A7006, A7007, A7012, A7013, A7014, A7015, A7017, A7525 y E1372)
- Aspirador y sus accesorios (E0600, A4216, A4217, A4605, A4624, A4628, A7000, A7001, A7002 y A7047)
- Estimuladores de la tos y sus accesorios:
 - Equipos de inspiración y espiración mecánica y sus accesorios (E0482 y A7020)
 - Equipos de oscilación de alta frecuencia para la pared del tórax (HFCWO) y sus accesorios (E0483, A7025, A7026)
 - Equipos de presión espiratoria positiva oscilatoria (P. Ej., Flutter, Acapella y similares) (E0484)
- Equipos de PAP, equipos de asistencia respiratoria o RAD y sus accesorios (E0470, E0471, E0472, E0601, A4604, A7027, A7028, A7029, A7030, A7031, A7032, A7033, A7034, A7035, A7036, A7037, A7038, A7039, A7044, A7045, A7046, E0561, E0562)
- Piezas de boca (E0486)

Los siguientes códigos HCPCS para artículos individuales están incluidos en la funcionalidad de los ventiladores de múltiples funciones E0468 o representan equipos similares utilizados para el mismo propósito o uno similar:

- Ventiladores (E0465, E0466)
- Estimuladores de la tos:
 - Equipos mecánicos de inspiración y espiración y sus accesorios (E0482 y A7020)
- Equipos de PAP, equipos de asistencia respiratoria o RAD y sus accesorios (E0470, E0471, E0472, E0601, A4604, A7027, A7028, A7029, A7030, A7031, A7032, A7033, A7034, A7035, A7036, A7037, A7038, A7039, A7044, A7045, A7046, E0561, E0562)
- Piezas de boca (E0486)

Para reclamaciones por E0467 con fechas de servicio anteriores a abril 3, 2020:

Las reclamaciones por cualquiera de los códigos HCPCS mencionados anteriormente que se presenten en la misma reclamación o que coincidan con alguna fecha de servicio para E0467 se consideran desagregadas. Además, cualquier reclamación por reparación (código K0739 para la mano de obra y cualquier código HCPCS para artículos de reemplazo) de equipos propiedad del beneficiario identificados por los códigos HCPCS mencionados anteriormente se considera desagregada si la(s) fecha(s) de servicio para la reparación coincide(n) con la(s) fecha(s) de servicio para el código E0467.

Las reclamaciones por el código E0467 con fechas de servicio que coincidan con las de cualquiera de los siguientes casos se consideran reclamaciones por el mismo equipo o uno similar cuando el beneficiario:

- Se encuentra actualmente en un mes de renta de alguno de los artículos mencionados anteriormente
- Es propietario de alguno de los equipos mencionados anteriormente y este no ha llegado al final de su vida útil razonable

Para reclamaciones por E0467 con fechas de servicio a partir de abril 3, 2020:

Cualquier reclamación por reparación (código K0739 para la mano de obra y cualquier código HCPCS para artículos de reemplazo) de equipos propiedad del beneficiario identificados por los códigos HCPCS mencionados anteriormente se considera una reclamación desagregada si la(s) fecha(s) de servicio de la reparación coincide(n) con la(s) fecha(s) de servicio del código E0467.

Las reclamaciones por el código E0467 con fechas de servicio que coincidan con las de un mes de renta para cualquiera de los artículos mencionados anteriormente se consideran reclamaciones por el mismo equipo o uno similar.

Se recomienda a los proveedores que se aseguren de proporcionar y facturar la categoría correcta de producto para evitar errores en la codificación HCPCS.

Artículos mejorados (*upgrade*):

Un artículo mejorado es aquel que excede lo médicamente necesario según los requisitos de cobertura de Medicare. En algunos casos, la política de CMS que permite la facturación de modificadores de artículos mejorados puede utilizarse al proporcionar un artículo o servicio que excede lo médicamente necesario. Esto no aplica a los ventiladores en las situaciones descritas anteriormente. Si bien el uso de un ventilador para tratar cualquiera de las condiciones incluidas en la LCD del PAP o RAD se considera "más de lo médicamente necesario", las reglas de facturación de artículos mejorados no pueden utilizarse para proporcionar un ventilador para las condiciones descritas en la LCD del PAP o RAD. Los equipos de CPAP y PAP de dos niveles se encuentran en la categoría de pago de renta, mientras que los ventiladores se encuentran en la categoría de pago de FSS. No es posible facturar por artículos mejorados en diferentes categorías de pago. Las reclamaciones por artículos mejorados facturados en diferentes categorías de pago se rechazarán por no ser procesables.

Modificadores:

En ausencia de una LCD, los requisitos de razonable y necesario se detallan en la Determinación de Cobertura Nacional (NCD) 240.9 de CMS (*Noninvasive Positive Pressure Ventilation (NIPPV) in the Home for the Treatment of Chronic Respiratory Failure (CRF) Consequent to Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*) o NCD 280.1 (*Durable Medical Equipment Reference List*). El uso correcto de los modificadores indica si el beneficiario cumple o no con los requisitos razonables y necesarios en la NCD. Estos modificadores indican si se cumplen los criterios de pago aplicables (modificador SC) y proporcionan información adicional relacionada con la cobertura o la responsabilidad (modificadores GA, GY y GZ) cuando no se cumplen los criterios de la política. El uso de estos modificadores es obligatorio. Las líneas de la reclamación facturadas sin un modificador SC, GA, GY o GZ serán rechazadas por falta de información.

Modificador SC: debe agregarse a la reclamación del ventilador y de los suministros y accesorios relacionados cuando se cumplan todos los requisitos legales y razonables y necesarios (R&N) descritos en NCD 240.9 o 280.1. Los proveedores no están obligados a obtener toda la documentación requerida antes de transmitir la reclamación; sin embargo, agregar el modificador SC a cada código de reclamación por el ventilador y por los suministros y accesorios relacionados sirve como certificación del proveedor de que se han cumplido los requisitos para su uso.

Modificador GA: renuncia de responsabilidad (se espera que se deniegue por no ser razonable ni necesario y se tiene un ABN en archivo). Cuando se espera la denegación de una reclamación de Medicare porque un artículo o servicio no cumple con los criterios de R&N, el proveedor debe entregar un ABN al beneficiario antes de entregar el artículo o proporcionar el servicio. Cuando el beneficiario acepta la responsabilidad financiera y firma un ABN válido, el proveedor envía la reclamación a Medicare agregando el modificador GA a cada código HCPCS correspondiente. El modificador GA indica que el proveedor tiene un ABN en archivo. No se debe agregar el modificador GA si no se emite un ABN válido. Las reclamaciones transmitidas 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 ventiladores están cubiertos por el beneficio de Equipo Médico Duradero (Ley del Seguro Social, §1861(s)(6)). Las reclamaciones presentadas con el modificador GY se denegarán por no estar cubiertas por ley, lo que responsabilizará al beneficiario por los servicios excluidos.

Modificador GZ: artículo o servicio no razonable ni necesario (se prevé su denegación por no ser razonable ni necesario, y no hay un ABN en archivo). 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 emitir un ABN al beneficiario. Si el proveedor decide aceptar la responsabilidad por la denegación prevista, debe agregar el modificador GZ a cada código HCPCS correspondiente. El modificador GZ indica que el proveedor no cuenta con un ABN en archivo. Las reclamaciones transmitidas con el modificador GZ recibirán una denegación por necesidad médica que responsabiliza al proveedor.

La selección correcta del modificador G requiere 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 R&N, el modificador GA o GZ es el apropiado dependiendo si se tiene o no un ABN en archivo.

Categoría de Pago

Los ventiladores se clasifican en la categoría de pago FSS. Los artículos FSS son aquellos que requieren un mantenimiento frecuente y sustancial para evitar riesgos para la salud del paciente (Ley del Seguro Social §1834(a)(3)(A)). El pago mensual de la renta para los artículos en esta categoría de precios incluye todo, lo que significa que Medicare no realiza pagos por separado por las opciones, accesorios o suministros utilizados con un ventilador. Además, la renta mensual incluye todo el mantenimiento, el servicio, las reparaciones y los reemplazos necesarios. Las reclamaciones por estos artículos o servicios se denegarán por desagregación. CMS establece los montos en la lista de tarifas para los ventiladores de múltiples funciones de acuerdo con las regulaciones del 42 CFR 414.222(f)(2) y (f)(3).

Pago por el segundo ventilador

Medicare no cubre el equipo de repuesto ni de respaldo. Las reclamaciones por equipo de respaldo se denegarán por no ser razonables ni necesarias (equipo igual o similar). El equipo de respaldo debe distinguirse de los artículos médicamente necesarios, que se definen como artículos iguales o similares, cada uno de los cuales satisface una necesidad médica diferente del beneficiario. Si bien Medicare no paga por separado el equipo de respaldo, sí realizará un pago por separado para un segundo equipo si este se requiere para un propósito médico diferente, determinado por las necesidades médicas del beneficiario.

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

Un beneficiario requiere un tipo de ventilador (por ejemplo, un ventilador de presión negativa con escudo torácico) durante parte del día y necesita un tipo diferente (por ejemplo, un ventilador de presión positiva con mascarilla nasal) durante el resto del día.

Un beneficiario confinado a una silla de ruedas requiere un ventilador montado en la silla de ruedas para su uso durante el día y necesita otro ventilador del mismo tipo para su uso mientras está en cama. Sin dos equipos, el beneficiario puede ser propenso a ciertas complicaciones médicas, puede que no pueda lograr ciertos resultados médicos apropiados o no puede que no pueda usar el equipo médico de manera efectiva.

Para más información consulte esta publicación.

- 2. Diciembre 4: “Lymphedema Compression Treatment Items – Correct Coding and Billing – Revised”** En esta publicación se informa a los proveedores 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 reemplazo 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:

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, 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)

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 Norma Final CMS-1780-F de CMS y en la regla 42 CFR 410.2, 410.36(a)(4) y 414.1680. Estos modificadores indican si se cumplen los criterios de pago aplicables (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 Norma Final CMS-1780-F de CMS y en la regla 42 CFR 410.2, 410.36(a)(4) y 414.1680. Los proveedores no están obligados a obtener toda la documentación requerida antes de presentar 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, con 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 enviar el modificador GA si no se emite un ABN válido. Las reclamaciones presentadas 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, 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 emitir 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 según el estado 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 código ICD-10-CM enumerados en esta sección no es suficiente por sí sola para asegurar la cobertura.

Para más información consulte esta publicación.

- 3. Diciembre 4: “Pneumatic Compression Devices – Correct Coding and Billing – Revised”** En esta publicación se informa a los proveedores que esta publicación acerca de la codificación y facturación correctas es efectiva para reclamaciones con fechas de servicio a partir de noviembre 14, 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.

Los equipos de compresión neumática (PCD) están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero (DME) (Ley del Seguro Social, §1861(s)(6)). Para que el equipo sea elegible para reembolso, se deben cumplir los requisitos de razonable y necesario (R&N) establecidos en el Manual de Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD) de Medicare (CMS Pub. 100-03), Capítulo 1, Sección 280.6. Además, existen requisitos específicos de la política de pago legal, que también deben cumplirse.

Requisitos generales de la documentación:

Para poder justificar el pago de un artículo de DMEPOS, los proveedores deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Orden escrita estándar (SWO)
- Información en el expediente médico (incluyendo la continuación en la necesidad o en el uso cuando aplique)
- Codificación correcta
- Prueba de entrega

Reglas de cobertura y de pago

Para que un artículo esté cubierto por Medicare, debe 1) ser elegible para una categoría de beneficios definida de Medicare, 2) ser razonable y necesario para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformación y 3) cumplir con todos los demás requisitos legales y reglamentarios aplicables de Medicare. La información proporcionada en este artículo de la política se refiere a las determinaciones distintas a las basadas en las disposiciones de la Ley del Seguro Social §1862(a)(1)(A) (es decir, “razonable y necesario”).

Prevención del tromboembolismo venoso

El PCD que proporciona compresión intermitente de las extremidades para la prevención del tromboembolismo venoso (E0676) es un servicio preventivo. Los artículos utilizados para un servicio o función preventiva están excluidos de la cobertura del beneficio de DME de Medicare. Por lo tanto, las reclamaciones por E0676 (equipo de compresión intermitente de extremidades (incluye todos los accesorios), no especificado de otro modo) serán rechazadas por ley ya que no constituyen un beneficio de Medicare.

Requisitos específicos de la documentación:

Consulte el artículo Requisitos de Documentación Estándar para obtener información adicional.

Modificadores

En ausencia de una LCD, los requisitos razonables y necesarios se detallan en la Determinación Nacional de Cobertura (NCD) 280.6 (Equipos de Compresión Neumática) de CMS. El uso correcto de los modificadores indica si el beneficiario cumple o no con los requisitos razonables y necesarios de la NCD. Estos modificadores indican si se cumplen los criterios de pago aplicables (modificador SC) y proporcionan información adicional relacionada con 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 un modificador SC, GA, GY o GZ se rechazarán por falta de información.

SC – Servicio o suministro médicamente necesario. El modificador SC debe agregarse a la reclamación por equipos de compresión neumática y suministros y accesorios relacionados cuando se cumplan todos los requisitos legales y de R&N descritos en la NCD 280.6. Los proveedores no están obligados a obtener toda la documentación requerida antes de transmitir la reclamación; sin embargo, agregar el modificador SC a cada código de la reclamación por el equipo de compresión neumática y suministros y accesorios relacionados facturado sirve como certificación del proveedor de que se han cumplido los requisitos para su uso.

GA – Exención de responsabilidad (se prevé su denegación por no ser razonable ni necesaria y se tiene un [ABN] en archivo). 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 emitir un ABN al beneficiario antes de entregar el artículo o prestar 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 tiene un ABN en archivo. No se debe agregar el modificador GA si no se tiene un ABN válido en archivo. Las reclamaciones transmitidas con el modificador GA recibirán una denegación por necesidad médica, lo que responsabiliza al beneficiario.

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 no cumple con la definición de ningún beneficio de Medicare. Los equipos de compresión neumática y los suministros y accesorios relacionados están cubiertos por el beneficio de Equipo Médico Duradero (Ley del Seguro Social, §1861(s)(6)). Las

reclamaciones transmitidas con el modificador GY se denegarán por no estar cubiertas por ley, lo que implicará la responsabilidad del beneficiario por los servicios excluidos.

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). 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 emitir un ABN al beneficiario. Si el proveedor decide aceptar la responsabilidad por la denegación prevista, debe agregar el modificador GZ a cada código HCPCS correspondiente. 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 que responsabiliza al proveedor.

La selección correcta del modificador G requiere 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 R&N, el modificador GA o GZ es apropiado según el estado del ABN.

Codificación

Los PCD constan de una bomba neumática eléctrica y un dispositivo inflable que envuelve la parte del cuerpo correspondiente. La bomba llena el dispositivo con aire comprimido a presiones predeterminadas y alterna intermitentemente el inflado y desinflado según tiempos de ciclo preestablecidos. Las presiones y los ciclos varían según el equipo y en algunos casos, son ajustables por el usuario.

PCD para tratamiento del linfedema o de la insuficiencia venosa crónica (CVI) con úlceras

Los equipos para el tratamiento del linfedema o de la CVI con úlceras se codifican según las características de la bomba de compresión. Los únicos códigos HCPCS para los PCD utilizados para el tratamiento del linfedema o la CVI con úlceras son (descripciones en inglés):

E0650	pneumatic compressor, non-segmental home model
E0651	pneumatic compressor, segmental home model without calibrated gradient pressure
E0652	pneumatic compressor, segmental home model with calibrated gradient pressure

Los códigos HCPCS utilizados para los dispositivos inflables utilizados con los PCD E0650 - E0652 son:

E0655	non-segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, half arm
E0656	segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, trunk
E0657	segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, chest
E0658	segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, integrated, 2 full arms and chest
E0659	segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, integrated, head, neck and chest
E0660	non-segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, full leg
E0665	non-segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, full arm
E0666	non-segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, half leg
E0667	segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, full leg
E0668	segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, full arm
E0669	segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, half leg
E0670	segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, integrated, 2 full legs and trunk
E0671	segmental gradient pressure pneumatic appliance, full leg
E0672	segmental gradient pressure pneumatic appliance, full arm
E0673	segmental gradient pressure pneumatic appliance, half leg

El compresor neumático no segmentado (E0650) es un dispositivo con un solo puerto de salida. El aire presurizado proveniente de este puerto se transmite a un aparato con uno o varios segmentos. Los segmentos se inflan y desinfla según la presión y los tiempos de ciclo especificados por el compresor. El número de segmentos del aparato no afecta la codificación HCPCS del compresor. Los dispositivos compatibles con un PCD E0650 son E0655, E0660, E0665, E0666, E0671, E0672 y E0673.

Los dispositivos neumáticos de presión de gradiente segmentaria (E0671, E0672, E0673) son dispositivos o mangas que se utilizan con un compresor neumático no segmentado (E0650), pero que logran un gradiente de presión mediante el diseño de los tubos o las cámaras de aire.

El compresor neumático segmentado (E0651, E0652) es un dispositivo con múltiples puertos de salida. El aire presurizado de cada puerto de salida se transmite a los segmentos correspondientes del dispositivo. Los segmentos se inflan y desinflan según las presiones y los tiempos de ciclo especificados por el compresor.

El dispositivo segmentado sin presión de gradiente calibrada (E0651) es aquel en el que la presión es la misma en cada segmento o existe un gradiente de presión predeterminado en segmentos sucesivos. Los PCD E0651 no pueden establecer ni ajustar individualmente las presiones en los segmentos separados del dispositivo. En un PCD E0651, la presión suele ajustarse mediante un único control en el segmento distal. Los dispositivos adecuados para utilizar con un PCD E0651 son E0667, E0668, E0669.

El dispositivo segmentado con gradiente de presión calibrado (E0652) se caracteriza por tener control manual de al menos tres puertos de salida que pueden brindar una presión determinada individualmente a cada segmento correspondiente. El uso de tuberías o dispositivos que puedan crear un gradiente de presión independientemente del compresor no permite clasificar el compresor como E0652. Estos métodos no se consideran como gradiente de presión calibrado. Los dispositivos adecuados para su uso con un PCD E0652 son E0656, E0657, E0658, E0659, E0667, E0668, E0669 y E0670.

Todos los dispositivos para extremidades (E0655, E0658, E0660, E0665, E0667, E0668, E0669, E0670, E0671, E0672, E0673) utilizados con los PCD E0650, E0651, E0652 deben rodear la(s) extremidad(es) afectada(s) lo suficiente como para evitar el flujo retrógrado del líquido del edema (distalmente). Todos los dispositivos para extremidades (E0655, E0658, E0660, E0665, E0667, E0668, E0669, E0670, E0671, E0672, E0673) utilizados con los PCD E0650, E0651, E0652 deben evitar un efecto torniquete durante la compresión que impida que el líquido distal se mueva proximalmente. Los dispositivos que crean un efecto torniquete o causan flujo retrógrado de líquido edematoso deben codificarse como A4600 - sleeve for intermittent limb compression device, replacement only, each (descripción en inglés).

PCD para tratamiento de la enfermedad arterial periférica

El único código HCPCS para PCD utilizado para el tratamiento de la enfermedad arterial periférica es: E0675 - pneumatic compression device, high pressure, rapid inflation/deflation cycle, for arterial insufficiency (unilateral and bilateral system) (descripción en inglés).

Los códigos HCPCS utilizados para los aparatos inflables utilizados con PCD E0675 son (descripción en inglés):

E0667	segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, full leg
E0668	segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, full arm
E0669	segmental pneumatic appliance for use with pneumatic compressor, half leg

El E0675 es un PCD que brinda alta presión y ciclos rápidos de inflado y desinflado para el tratamiento de la insuficiencia arterial (enfermedad arterial periférica). El código HCPCS E0675 lo incluye todo; es decir, todas las variaciones del producto en cuanto a presiones, características del ciclo, tiempos, sistemas de control y configuraciones del dispositivo (entre otros). Los dispositivos adecuados para su uso con un PCD E0675 son los E0667, E0668 y E0669.

PCD para trombosis venosa profunda (DVT)

El único código HCPCS para PCD utilizados para la prevención de la DVT es: E0676 - intermittent limb compression device (includes all accessories), not otherwise specified (descripción en inglés).

El PCD E0676 administra presión y ciclos de inflado y desinflado para la prevención de la trombosis venosa profunda. El código HCPCS E0676 es integral; es decir, todas las variaciones del producto en cuanto a presiones, características de los ciclos, tiempos, sistemas de control y configuraciones del dispositivo (entre otros) se consideran incluidas en el código.

El dispositivo y cualquier otro accesorio, opción o suministro utilizado con el PCD E0676 se incluyen en el pago del código HCPCS E0676 al momento de la entrega inicial y no deben facturarse por separado a Medicare. Si el proveedor decide facturar por separado estos artículos al momento de la entrega inicial, deberá utilizar el código HCPCS A9900 - miscellaneous dme supply, accessory, and/or service component of another hcpcs code (descripción en inglés), para facturar a Medicare por los artículos.

El código HCPCS A4600 – sleeve for intermittent limb compression device, replacement only, each (descripción en inglés), se utiliza únicamente cuando se reemplaza el dispositivo utilizado con un dispositivo E0676. Los códigos HCPCS E0655, E0656, E0657, E0658, E0659, E0660, E0665, E0666, E0667, E0668, E0669, E0670, E0671, E0672 y E0673 no deben utilizarse al facturar dispositivos utilizados con equipos E0676.

Misceláneos

Cuando un segmento de pie o mano se utiliza junto con cualquier dispositivo de pierna o brazo, respectivamente, no debe facturarse por separado. Se considera incluido en el código del dispositivo de pierna o brazo.

Los únicos productos que pueden facturarse a los DME MAC con los códigos E0650, E0651, E0652 y E0675 son aquellos para los cuales el contratista de Precios, Análisis de Datos y Codificación (PDAC) ha completado una Revisión de Verificación de Codificación. La determinación de la codificación se publica en la Lista de Clasificación de Productos (PCL) correspondiente.

Para más información consulte esta publicación.

- 4. Diciembre 11: “Knee Orthoses – Final LCD and Response to Comments (RTC) Article Published”** En esta publicación se informa a los proveedores que los DME MAC publicaron la siguiente Determinación de Cobertura Local (LCD) final y el Artículo de Política (PA) relacionado con la LCD: Ortesis de Rodilla “Knee Orthoses” LCD L33318 y el Artículo de la Política A52465. La LCD incorpora las revisiones finales como resultado del proceso de reconsideración de la LCD y de los comentarios escritos recibidos durante el período de comentarios para la LCD propuesta. La LCD final modifica los criterios de cobertura para las ortesis de rodilla con soporte único o doble, articulación de flexión y extensión ajustable, control medial-lateral y de rotación, con ajuste de varo/valgo, para el manejo o tratamiento de pacientes ambulatorios con dolor o reducción de la movilidad o de la función debido a osteoartritis tibiofemoral medial o lateral. La publicación de la LCD final marca el inicio del período de notificación de 45 días. La LCD definitiva estará efectiva para las reclamaciones con fechas de servicio a partir de enero 25, 2026. Junto con la LCD y el artículo de la política relacionado con la LCD, los DME MAC publicaron un artículo de respuesta a los comentarios (RTC) que aborda las observaciones escritas recibidas durante el período de comentarios. El artículo de respuesta a los comentarios (RTC) es el siguiente: “Response to Comments: Knee Orthoses – DL33318 (A60371)”, este artículo se encuentra en la base de datos de Medicare en [Medicare Coverage Database](https://www.cms.gov/medicare-coverage-database) (<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database>) (en inglés).

Para más información consulte esta publicación.

- 5. Diciembre 11: “External Infusion Pumps – Final LCD and Response to Comments (RTC) Article Published”** En esta publicación se informa a los proveedores en diciembre 11, 2025, los DME MAC publicaron la siguiente Determinación de Cobertura Local (LCD) final y el Artículo de Política (PA) relacionado con dicha LCD: Bombas de Infusión Externa “External Infusion Pumps” LCD (L33794) y Artículo de la Política (A52507). La LCD incorpora las revisiones finales, como resultado del proceso de reconsideración de la LCD y los comentarios escritos recibidos durante el período de comentarios para la LCD propuesta. La LCD final amplía la cobertura de Blinatumomab a los pacientes adultos y pediátricos de un mes de edad o más con leucemia linfoblástica aguda de células B precursoras CD19-positivas y cromosoma Filadelfia negativo (LLA) en la fase de consolidación de la quimioterapia multifásica; aclara los criterios existentes para Blinatumomab, incluyendo el requisito de edad de “un mes o más” para que sean coherentes con la literatura clínica y la información de prescripción de la FDA; actualiza los criterios de cobertura para la terapia de infusión para el tratamiento de los síntomas de control motor asociados con la enfermedad de Parkinson que no se controlan adecuadamente con terapias no basadas en infusión; proporciona un procedimiento claro para la cobertura de los pacientes que están pasando de una terapia de infusión para la enfermedad de Parkinson a otra terapia de infusión diferente y añade el código J7356 al conjunto de códigos HCPCS. La publicación de la LCD final marca el inicio del período de notificación de 45 días. La LCD final estará vigente para las reclamaciones con fechas de servicio a partir de enero 25, 2026. Junto con la LCD y el artículo de la política relacionado, los DME MAC publicaron un artículo de respuesta a los comentarios (RTC) que aborda las observaciones escritas recibidas durante el período de comentarios. El artículo

de respuesta a los comentarios (RTC) es el siguiente: "Response to Comments: External Infusion Pumps – DL33794 (A60373))", este artículo se encuentra en la base de datos de Medicare en [Medicare Coverage Database](https://www.cms.gov/medicare-coverage-database) (<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database>) (en inglés).

Para más información consulte esta publicación.

- 6. Diciembre 11: "Warranty, Reasonable Useful Lifetime (RUL), and the Minimum Lifetime Requirement (MLR) for Durable Medical Equipment – Correct Coding – Revised"** En esta publicación se informa a los proveedores que las solicitudes de codificación presentadas al contratista del PDAC pueden requerir información sobre la durabilidad de un artículo. En las respuestas, a menudo se utilizan indistintamente los términos "Requisito de vida útil mínima", "Vida útil razonable" y "Garantía". Sin embargo, estos términos no significan lo mismo. Este artículo revisará las definiciones y las reglas de pago de Medicare aplicables a estos términos. Para que un artículo sea elegible para la cobertura bajo el programa de Medicare de Equipo Médico Duradero (DME), se deben cumplir criterios específicos. El Código de Regulaciones Federales (CFR) 42 CFR §414.202 establece lo siguiente: por equipo médico duradero se entiende el equipo proporcionado por un proveedor o una agencia de cuidado de salud en el hogar que cumple las siguientes condiciones:
- Puede resistir el uso repetido
 - Está efectivo para los artículos clasificados como DME después de enero 1, 2012 y tiene una vida útil prevista de al menos 3 años
 - Se utiliza principal y habitualmente con fines médicos
 - Generalmente no es útil para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión
 - Es apropiado para su uso en el hogar

El Manual de Políticas de Beneficios de CMS "Benefit Policy Manual" (Manual solo disponible en Internet 100-02), Capítulo 15, §110.1, proporciona orientación adicional para comprender la durabilidad dentro del beneficio de equipos médicos duraderos. En él se establece lo siguiente:

Durabilidad: Un artículo se considera duradero si puede soportar un uso repetido, es decir, el tipo de artículo que normalmente se podría rentar. Los suministros médicos que se descartan, como pañales para incontinencia, las almohadillas de lana de cordero, los catéteres, las vendas elásticas, las medias de compresión, las mascarillas quirúrgicas, los kits de irrigación, las sábanas y las bolsas, no se consideran "duraderos" según esta definición. Existen otros artículos que, si bien son duraderos, pueden clasificarse en otras categorías de cobertura, como suministros, ortesis, prótesis, brazos, piernas y ojos artificiales.

El requisito de vida útil mínima o MLR (Minimum Lifetime Requirement) se refiere a la duración especificada de 3 años para el uso repetido (durabilidad). El programa de renta exige que el producto mantenga su plena funcionalidad durante todo el período del MLR. Los artículos con un MLR inferior a 3 años no son elegibles para ser clasificados como equipos médicos duraderos (DME). El cumplimiento del MLR se verifica mediante datos objetivos de uso o pruebas de uso simulado que demuestren la conservación de la plena funcionalidad después de tres años de uso regular. La documentación que acredite la durabilidad de 3 años (MLR) debe estar disponible previa solicitud y puede incluir informes de evaluación del ciclo de vida o pruebas y verificaciones equivalentes. Se prefiere que las pruebas sean realizadas por un fabricante externo, pero se pueden aceptar informes internos.

El tiempo razonable de vida útil o RUL (Reasonable Useful Lifetime) es el período de tiempo durante el cual Medicare considera que los equipos médicos duraderos, las prótesis, las ortesis y los suministros (DMEPOS) deben durar bajo un uso normal. En general, la vida útil estimada para los equipos médicos duraderos, ortesis y prótesis (excepto miembros artificiales) es establecida por el Secretario de Salud y Servicios Humanos y es de un mínimo de cinco años (42 CFR §414.210(f)) a menos que se especifique algo diferente en una Determinación de Cobertura Nacional (NCD), una Determinación de Cobertura Local (LCD) o un artículo de política relacionado con la LCD. El cálculo de la vida útil estimada se basa en la fecha de entrega del equipo al beneficiario, no en la antigüedad del equipo.

El tiempo razonable de vida útil (RUL) se utiliza para determinar con qué frecuencia es razonable cubrir el costo del reemplazo del artículo bajo el programa Medicare y no se establece explícitamente como un estándar mínimo de vida útil. Si el artículo ha sido utilizado de forma continua por el beneficiario, este podrá optar por recibir un artículo de reemplazo una vez transcurrido su período de vida útil. Medicare también puede cubrir el reemplazo del artículo

si este se ha perdido, ha sido robado o ha sufrido daños irreparables (se consideran daños irreparables los causados por un evento específico, accidente o desastre natural, por ejemplo, un incendio) durante o después de su período de vida útil. El reemplazo de un artículo debido a "desgaste irreparable" no será cubierto por Medicare durante su período de vida útil. El "desgaste irreparable" se refiere al deterioro que sufre el artículo por el uso diario a lo largo del tiempo y que no se debe a un evento específico.

La garantía se considera comúnmente una promesa del fabricante de reparar o reemplazar un artículo, si fuera necesario, dentro de un período específico. Los requisitos de la garantía están regulados principalmente por cada estado. Según los Estándares del Proveedor (*Supplier Standards*) de CMS, los fabricantes no deben cobrar al beneficiario ni al programa Medicare por la reparación o el reemplazo de un artículo cubierto por la garantía. La cobertura de la garantía no sustituye a la garantía de responsabilidad del fabricante y es un requisito independiente para ciertos artículos, como las sillas de ruedas y sus accesorios.

Un fabricante puede certificar la vida útil mínima requerida (MLR) en su solicitud, pero el PDAC puede solicitar documentación adicional durante el proceso de verificación. Debe haber pruebas adicionales que demuestren que el artículo puede durar el período mínimo de tiempo requerido. La evidencia de que un artículo puede rentarse y ser utilizado por varios pacientes puede provenir del programa de renta y reacondicionamiento del fabricante o del historial de uso del artículo.

Finalmente, el PDAC desea recordar a los solicitantes que, además de la solicitud completa y la documentación requerida, deben proporcionar cualquier información relevante que pueda respaldar la validez del código solicitado en su presentación. La revisión y la decisión sobre el código por parte del PDAC se basan en la información proporcionada por el solicitante.

Si tiene preguntas sobre la codificación correcta, comuníquese con la línea de ayuda del PDAC HCPCS al 877.735.1326 o visite la página de internet del [PDAC \(https://www.dmeptac.com/\)](https://www.dmeptac.com/) (en inglés)

Para más información consulte esta publicación.

- 7. Diciembre 18: "Nebulizers – Final LCD and Response to Comments (RTC) Article Published"** En esta publicación se informa a los proveedores que, en diciembre 18, 2025, los DME MAC publicaron la siguiente Determinación de Cobertura Local (LCD) final y el Artículo de Política (PA) relacionado: "Nebulizers" LCD #L33370 y PA #A52466. La LCD incorpora las revisiones finales, resultado del proceso de reconsideración de la LCD y de los comentarios escritos recibidos durante el período de comentarios para la LCD propuesta. La LCD final añade cobertura para el uso de ensifentrina (J7601) como terapia complementaria dentro de un régimen de mantenimiento que incluye terapia dual con agonista beta de acción prolongada (LABA) + agonista muscarínico de acción prolongada (LAMA) con o sin un corticosteroide inhalado y añade cobertura para el uso de solución salina hipertónica (J7131) para el tratamiento de la fibrosis quística, la bronquiectasia no relacionada con la fibrosis quística y la discinesia ciliar primaria.

La publicación de la LCD final marca el inicio del período de notificación de 45 días. La LCD final será efectiva para las reclamaciones con fechas de servicio a partir de febrero 1, 2026.

Junto con la LCD final y la autorización previa relacionada con la LCD, los MAC de DME publicaron un artículo de Respuesta a los Comentarios (RTC) que aborda los comentarios escritos recibidos durante el período de comentarios. El artículo de RTC es el siguiente: "Response to Comments: Nebulizers – DL33370 (A60378)" que se encuentra en la [Base de Datos de la Cobertura de Medicare \(http://www.cms.gov/medicare-coverage-database\)](http://www.cms.gov/medicare-coverage-database) (en inglés).

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