

DME MAC Jurisdicción C

NOTICIAS DEL MES

—FEBRERO 2020—



Cambios/Novedades

Para esta edición tenemos

1. Remplazo de Artículos de DME por Causa de los Sismos en Puerto Rico

Deseo recordarles que CMS emitió el waiver para DME (medicamento/equipo/suplido) efectivo Diciembre 28 y válido por 90 días calendario contados a partir de esa fecha. Esta excepción permite remplazar un artículo por otro igual (y en la misma cantidad- si aplica) sin tener una nueva orden médica o nuevas notas de progreso.

Deben siempre tener el documento de entrega firmado por el beneficiario o la persona que lo esté cuidando en ese momento (en este caso incluir el nombre de la persona y la relación con el beneficiario). Este artículo debe haber sido perdido o dañado por causa del sismo y/o sus réplicas y puede ser remplazado por cualquier proveedor activo de Medicare.

Tiene ciertas especificaciones para la facturación:

- Deben usar el modificador "CR" en todas las reclamaciones
- Deben usar el modificador "RA" en la primera reclamación
- Deben usar TODOS los demás modificadores que normalmente se agreguen a ese código
- Deben escribir una nota en la reclamación que explique que el remplazo es por daño o pérdida causado por el sismo en Puerto Rico
- Comienza un nuevo periodo de renta (si aplica)
- El artículo a remplazar debe haber sido pagado por Medicare

2. Número de identificación de Medicare o MBI

Recuerde que el uso del MBI es obligatorio a partir del 1 de Enero, 2020 para todas sus reclamaciones y transacciones, sin importar la fecha de servicio. Las reclamaciones enviadas con el HICN serán rechazadas. El número de MBI lo encuentra en **la tarjeta del beneficiario y en myCGS**. CGS tiene una página de internet dedicada al MBI, se encuentra en <https://www.cgsmedicare.com> sección "Claims Submission" bajo el nombre "Medicare Beneficiary Identifier (MBI)".

3. Notificación Anticipada de los Cambios del Sistema Contable Financiero "Healthcare Integrated General Ledger Accounting System (HIGLAS)"

Como se informó el mes anterior, CGS pronto estará haciendo la transición del sistema financiero contable "DME Shared System (VMS)" a el "Healthcare Integrated General Ledger Accounting System (HIGLAS)". Los proveedores recibirán la siguiente carta:

Re: Cambios en el Sistema de Pagos de Medicare

Respetado Suplidor/Proveedor de Medicare:

Efectivo Febrero 14, 2020; CGS Administrators, LLC (CGS DME MAC Jurisdicción C) hará la transición del sistema financiero de contabilidad del "DME Shared System" (VMS) al "Healthcare Integrated General Ledger Accounting

System" (HIGLAS). Esta transición incluye únicamente a nuestro sistema financiero de contabilidad.... Continuaremos usando el VMS para todas las demás actividades relacionadas con el procesamiento de reclamaciones.

La implementación del sistema financiero de contabilidad HIGLAS le permitirá a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) rastrear los pagos de Medicare y pagar correctamente las reclamaciones de mas de 40 millones de beneficiarios de Medicare. La transición también le dará a CMS una mejor perspectiva de los sistemas de contabilidad de los contratistas, así como también le dará acceso a información mas precisa, actualizada y consistente para tomar desiciones y realizar evaluaciones.

Transición del CGS DME MAC Jurisdicción C al HIGLAS

El propósito de esta carta es explicar el impacto que la transición al CGS Jurisdicción C HIGLAS tendrá en el pago de Medicare a su organización. También le dará información importante acerca de los próximos cambios. Con el fin de hacer la transición lo mas fácil posible, estamos dándole esta información para asegurarnos de que haya el mínimo trastorno en sus pagos de Medicare.

Le pedimos que por favor tome tiempo de leer cuidadosamente esta información y que la comparta con el personal apropiado de su organización.

Introducción a HIGLAS

La información actualizada acerca de nuestra implementación de HIGLAS se proveerá cuando ingrese a la página de internet de CGS Jurisdicción C en <https://www.cgsmedicare.com/ic/index.html> y seleccione HIGLAS. Se hará referencia a la misma información en nuestros mensajes a lista de correos electrónicos y sera publicada en nuestras noticias.

Excepción Temporal de las Reclamaciones Procesadas en el Piso de Pago (Payment Floor)

CMS ha aprobado la solicitud de excepción de CGS Jurisdicción C de reducir el piso de pago para reclamaciones en papel y reclamaciones EDI. Comenzando en Febrero 11, 2020; el piso de pago será reducido a 7 días para las reclamaciones EDI y 14 días para las reclamaciones en papel. Comenzando Febrero 12, 2020; el piso de pago será reducido a cero tanto para las reclamaciones en papel como para las reclamaciones EDI y los pagos para las reclamaciones para las cuales ya se haya aprobado el pago se liberarán.

Esta reducción temporal del piso de pago tendrá como resultado que los pagos se hagan antes (cheques y transferencia electrónica de fondos). Esto puede dar la apariencia de que sus ingresos en efectivo han aumentado, cuando lo que ha sucedido es que los pagos de algunas de sus reclamaciones se han hecho antes de lo normal. Se le solicita a los proveedores monitorizar estos pagos y hacer los ajustes necesarios para prevenir problemas con su flujo de efectivo durante este periodo de transición.

Actividades de la Transición a HIGLAS

En Febrero 12, 2020; CGS Jurisdicción C correrá el último ciclo de pago con el VMS y comenzará la transición a HIGLAS.

- La excepción en el piso de pago tendrá como resultado que algunos de los pagos de las reclamaciones (cheques y EFT) se emitan antes de lo normal.
- Se le pide a los proveedores continuar enviando las reclamaciones normalmente.
- Después de nuestra transición a HIGLAS, la Jurisdicción C regresará a los ciclos normales de pago en Febrero 18, 2020 y en ese momento los proveedores podrán recuperar sus ERA.
- No se harán pagos entre Febrero 17-19, 2020 y los proveedores pueden experimentar una interrupción en la actividad de pago con algunas reclamaciones que han sido pagadas anteriormente debido a la excepción del piso de pago. Los proveedores deberán hacer planes de acuerdo a esta situación.

Las fechas de HIGLAS mencionadas en esta carta están sujetas a cambios, por favor monitоре regularmente las comunicaciones de CGS Jurisdicción C (mensajes del listserv, DME Insider, etc.) y visite la sección de HIGLAS de la página de internet para las actualizaciones en las fechas.

CAMBIOS QUE LOS PROVEEDORES VERÁN COMO RESULTADO DEL HIGLAS

Cambios en las Notificaciones de la Remesa (RA)

Las notificaciones de la remesa electrónicas (ERA) y en papel (RA) no estarán disponibles durante esta transición. La distribución de las notificaciones de la remesa (RA) se reanudará la semana de Febrero 17, 2020. La RA mostrará el

código de plan de la Jurisdicción C de dos dígitos en frente del "Internal Control Number" (ICN) de la reclamación como se muestra a continuación.

(Ejemplo del ICN: JC 20000-1800-12-000)

Pagos de las Reclamaciones por menos de \$1.00

Actualmente las instrucciones de CMS requieren que se retengan los pagos por menos de \$ 1.00 hasta que se genere otro pago de mas de \$ 1.00 y entonces se combinen ambos pagos. Los pagos de menos de \$ 1.00 no se emitirán porque la funcionalidad de HIGLAS en este momento no retiene estos pagos.

Reclamaciones y Rembolso de Pagos Sujetos a Suspensión Ej. "No Reenvío" (DNF), Bancarrota y Suspension de Pago

Los proveedores pueden ser retenidos debido a que hay una dirección a la cual se debe hacer un reenvío, bancarrota y suspensión de pago. En HIGLAS la retención será aplicada a nivel de la reclamación. De manera similar al sistema actual, la retención será aplicada antes de que haya ocurrido una compensación por sobrepago. Como resultado la retención del dinero no aplicará a las cuentas por cobrar elegibles sino hasta que la retención hay sido liberada.

Reclamaciones y Rembolso de Pagos Sujetos a Compensación de un Tercer Pagador (TTP) Ej. Retención por Respaldo del IRS

El pago de un proveedor puede estar sujeto a compensación de un tercero, como el IRS. En el ambiente actual, cuando un proveedor está sujeto a TTP, el cheque del proveedor es remitido al tercero, como por ejemplo el IRS y no se notifica a través de la RA. HIGLAS le comunicará de la compensación del pago del proveedor al TPP en la RA del proveedor.

Retención de Pago para Suplidores Afiliados

En HIGLAS cuando uno o mas suplidores están afiliados y tienen el mismo Número de Identificación de Impuestos "Tax Identification Number (TIN)", los pagos pueden ser retenidos de un proveedor para cobrar los sobrepagos de otro proveedor. El cobro de los sobrepagos de los suplidores afiliados debe comenzar una vez que se implemente HIGLAS. Si usted cree que el TIN asociado con su número de proveedor está incorrecto, por favor comuníquese con el "National Supplier Clearinghouse (NSC)" al (866) 238-9652 para recibir asistencia.

Impacto de HIGLAS en el Procesamiento de Reclamaciones

Nuestro sistema en línea está disponible en los días feriados Federales y la Jurisdicción C procesa reclamaciones en algunos días feriados Federales. No habrá cambio en los pagos al proveedor puesto que la Jurisdicción C no emite cheques o EFT en los días feriados federales.

Para mas información, por favor visite nuestra página de internet y seleccione HIGLAS en nuestra página en <https://www.cgsmedicare.com/jc/index.html>. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta carta, por favor comuníquese con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente para el Proveedor de manera gratuita al 866-270-4909.

Esta transición le permitirá a los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) rastrear los pagos y la exactitud en el pago de las reclamaciones de mas de 40 millones de beneficiarios de Medicare. Tenga en cuenta que este cambio solamente afectará al sistema contable financiero, no al procesamiento de reclamaciones.

La transición se hará efectiva en Febrero 18 del 2020 e incluye la reducción temporal del tiempo en el piso de pago, lo cual traerá como resultado el pago o la transferencia anticipada de los pagos.

Esto puede dar la apariencia de que el flujo de efectivo ha aumentado cuando en realidad lo que sucede es que simplemente algunas reclamaciones se han pagado antes de lo normal. Se le pide a los proveedores que monitoricen los pagos y hagan los ajustes necesarios una vez que comience la transición.

CGS está comprometido a mantener a los proveedores informados acerca de la transición a HIGLAS. La información actualizada acerca de HIGLAS, continuará proveyéndose en la página de internet de la Jurisdicción C.

4. Reporte de Denegaciones del Tercer Trimestre del 2019

Código WW093 (Capecitabine 500 mg. Oral)

- La documentación no incluye la solicitud de resurtido
- No se envió el expediente médico
- La orden médica no tiene la fecha de firma de la orden
- No se envió la orden médica detallada
- La orden médica no contiene el número de resurtidos
- La orden médica no tiene la fecha de la orden
- La orden médica es ilegible
- Los expedientes médicos no tienen la información suficiente acerca de la condición del beneficiario que determine si los criterios de cobertura se cumplen

Códigos L1832 y L1833 (Knee Orthosis)

- Los expedientes médicos no incluyen el examen de la inestabilidad de la rodilla y la descripción objetiva de la articulación
- Los expedientes médicos no incluyen uno de los diagnósticos requeridos por la LCD
- Los expedientes del proveedor no incluyen el detalle de las modificaciones necesarias en el momento de la prueba de la órtesis hecha a la medida
- No se incluyó la orden médica detallada
- Los expedientes no demuestran que la prueba de la ortésis hecha a la medida fue hecha por un ortesista certificado o un individuo con entrenamiento especializado
- El artículo fue entregado antes de la admisión del beneficiario en el hospital o en una estadía en un SNF cubierta por la Parte A y su uso comenzó durante el tiempo en el que estaba ingresado
- Los expedientes médicos no incluyen la descripción de la lesión reciente o del procedimiento quirúrgico en la rodilla
- No se envió la verificación de que el equipo fue robado o se perdió o se dañó de forma irreparable en un incidente específico
- Los expedientes médicos no están firmados por el autor (electrónico o manuscrito)

Códigos L0450 – L0651 (TLSO/ Lumbar-Sacral Orthosis)

- No se recibieron los expedientes médicos
- La documentación no incluye la verificación de que el equipo fue perdido, robado o dañado de manera irreparable en un incidente específico
- La orden escrita detallada tiene una firma del médico o del profesional que no cumple con los requisitos de CMS
- La documentación del proveedor no incluye el detalle de las modificaciones necesarias en el momento de la prueba de la órtesis hecha a la medida
- No se envió la orden médica detallada
- Los expedientes médicos no respaldan uno de los cuatro criterios para órtesis de columna vertebral
- Los expedientes no muestran que la persona que hace ajuste personalizado sea un ortesista certificado o un individuo con un entrenamiento equivalente especializado
- El beneficiario estaba en un hospital o en una SNF cubierta por Parte A y su uso comenzó durante la estadía
- El beneficiario estaba en un hospital de cuidado agudo o en una SNF para la fecha de servicio
- Las correcciones en los expedientes médicos no cumplen con la regulación de la sección B del PIM 3.3.2.5

Códigos J7507 y J7518 (Tacrolimus, Mycophenolic Acid)

- No se incluyó la orden escrita detallada
- No se incluyó una orden de resurtido válida
- La cantidad de inmunosupresores despachados excede los 30 días
- La documentación no incluye la información de que el beneficiario tuvo un trasplante aprobado por Medicare de acuerdo a los requisitos de la LCD/Artículo de la Política
- Los expedientes médicos no tienen la información suficiente que determine si se cumplen los criterios de cobertura

- No se enviaron los expedientes médicos
- Se facturó por una cantidad mayor a la indicada en la orden escrita detallada

Códigos J1559, J2260 y J3285 (Immune Globulin Hizentra, Milrinone Lactate, Treprostinil injection)

- No se envió la solicitud de resurtido válida
- Los expedientes médicos no respaldan que los requisitos de la LCD para los medicamentos administrados por bomba de infusión externa se hayan cumplido
- La reclamación es facturada por cantidades mayores a lo que indica la orden escrita detallada
- Los expedientes médicos no confirman el diagnóstico de inmunodeficiencia primaria de acuerdo a la LCD
- La orden médica detallada no incluye la fecha de firma del médico
- El beneficiario estaba en un hospital de cuidado agudo o en una SNF para la fecha de servicio
- No se incluyó un ABN válido
- Una bomba no cubierta se facturó con el medicamento de infusión externa

Código E1390 (Oxygen Concentrator)

- Los expedientes médicos no muestran que el estudio de gases fue tomado en estado crónico estable
- Los expedientes médicos no muestran que el beneficiario tenga enfermedad pulmonar severa o síntomas relacionados con la hipoxia
- Los expedientes médicos no demuestran que se haya probado un tratamiento alternativo o se haya descartado
- Los expedientes médicos no respaldan un estudio de gases válido durante el ejercicio
- No se incluyó un CMN válido en el cual las secciones A y B han sido apropiadamente llenadas y firmadas por el profesional tratante y este profesional personalmente ha escrito la fecha de firma
- Los expedientes médicos no muestran que el beneficiario haya sido evaluado por el médico tratante 30 días antes de la certificación inicial
- Los expedientes médicos no respaldan un estudio de gases válido durante el descanso
- Los expedientes médicos no están firmados por el autor (electrónico o manuscrito)
- Los expedientes médicos no respaldan un estudio de gases válido durante el sueño
- La documentación no incluye la verificación de que el equipo fue perdido, robado o dañado de manera irreparable en un incidente específico

Códigos E0601, A7034, A7031, A7030 y A7044 (CPAP, Nasal Interface, Face Mask, Full Face Mask, Oral Interface)

- No se incluyó el estudio de sueño válido de acuerdo a los requisitos de la LCD
- No se envió una orden escrita válida
- No se envió un examen cara a cara que cumpla con los requisitos de la LCD
- No se envió una solicitud de resurtido válida
- La documentación que respalda la necesidad médica no estaba actualizada (dentro de los últimos 12 meses)
- La orden médica no es una orden válida. Es un formato que no contiene detalle suficiente para respaldar que los artículos entregados son los artículos ordenados por el médico
- La orden médica no incluye la descripción del artículo
- Los expedientes médicos no documentan el diagnóstico de OSA confirmado

Códigos A6010, A6021, A6196-A6199, A6210-A6212 (Collagen Wound Filler, Collagen Dressing, Alginate, Foam Dressing)

- La frecuencia del cambio de los apósitos no está justificada en el expediente médico
- Los expedientes médicos no tienen la información suficiente que respalde que se cumplen los criterios de cobertura
- Los expedientes médicos no establecen que el apósito esté usándose como primario o secundario
- Los expedientes médicos no respaldan que los apósitos se necesiten para el tratamiento de una herida causada por o tratada con un procedimiento quirúrgico o después de un desbridamiento

- La evaluación mensual de la herida no incluye tipo de herida, localización, tamaño, profundidad, drenaje y otra información relevante
- El tamaño de la herida en los expedientes médicos no justifica el código HCPCS que se facturó
- Se despachó más de un mes de suministros y no hay documentación que respalde la necesidad de cantidades mayores en la casa en este caso individual
- Los expedientes médicos no muestran que el apósito de espuma haya sido usado para cubrir una herida con moderado o abundante exudado, (Úlcera estado 3 o 4)
- No se envió la orden escrita válida

Código A4253 (Blood Glucose Test Strips)

- No se enviaron los expedientes médicos
- No se incluyó la orden médica detallada válida
- Los expedientes médicos no documentan la razón específica de los suministros adicionales para este beneficiario en particular
- No se envió la solicitud de resurtido válida
- Los expedientes médicos no incluyen la frecuencia a la cual el beneficiario se mide el azúcar en la casa (nota del médico o copia del libro de registros), para corroborar que la cantidad entregada corresponde a la cantidad necesaria de acuerdo a la cantidad de veces que se mide el azúcar en la casa
- Se usó el modificador KS en un beneficiario tratado con insulina
- Los expedientes médicos no muestran que el médico tratante haya visto al beneficiario y lo haya evaluado dentro de los seis meses anteriores a la orden de cantidades que excedan las cantidades permitidas en la LCD
- No se usó el modificador KX en un beneficiario tratado con insulina
- La cantidad de suministros ordenada es mayor a la que normalmente se autoriza y no se enviaron expedientes médicos que respalden la necesidad de una cantidad mayor

5. Revisión de los Artículos de la Política y las LCDs

Artículo de Documentación Estándar

Se revisó:

- El título "Ordenes"
- La redacción general de los requisitos de la orden con base en la regla final 1713-F
- La redacción de la sección de "Nueva Orden" con base en la regla final 1713-F
- Se cambió el título "Orden Escrita Detallada" por "Orden Escrita Estándar" o SWO y se revisó la redacción con base en la regla final 1713-F
- La redacción de las Ordenes Escritas Antes de la Entrega o WOPD con base en la regla final 1713-F
- La redacción de los requisitos de documentación con base en la regla final 1713-F
- El título de "Examen Cara a Cara o Face to Face" con base en la regla final 1713-F
- La redacción del CMN y DIF con base en la regla final 1713-F

Se eliminó:

- La sección completa que hacía referencia a las órdenes de despacho
- La sección completa de las Ordenes de los 7 Elementos para PMD con base en la regla final 1713-F
- La sección completa de la Descripción Detallada del Producto o DPD para PMD con base en la regla final 1713-F
- La sección completa de las Ordenes de los 5 Elementos con base en la regla final 1713-F
- El título de la sección "Requisitos del Examen Cara a Cara"

Sillas de Ruedas Motorizadas o PMD

LCD:

- Se removió el requisito de la orden de los 7 elementos y se agregó la SWO
- Se removió el requisito que indicaba que la entrega del PMD debía hacerse dentro de los 120 días a partir de la fecha en la cual se completó el examen cara a cara
- Se removió la información acerca de la descripción detallada del producto
- Se removió el requisito de fecha en sello o similar
- Se revisaron las referencias en relación al “profesional” y al “profesional tratante”

Artículo de la Política:

- Se removió la instrucción acerca de la orden de los 7 elementos y de la descripción detallada del producto
- Se agregó la instrucción acerca de la SWO
- Se revisaron las referencias acerca del examen cara a cara
- Se revisaron las referencias acerca del profesional y del profesional tratante
- Se agregó que el examen cara a cara debe completarse dentro de los 6 meses anteriores a la orden médica
- Se removieron las referencias acerca del plazo de 45 días para recibir la orden después de realizado el examen cara a cara
- Se removió la sección completa que hacía referencia a 42 CFR 410.38(c) y 42 CFR 410.38(g)
- Se revisó la sección que hacía referencia al examen cara a cara para cumplir con la regla final 1713
- Se removió la instrucción de 45 días para recibir el examen cara a cara
- Se removió la referencia al Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare para DME hecho a la medida
- Se removió la sección que incluía información específica acerca del ADMC y la Pre Autorización
- Se cambió la redacción de “Códigos ICD-10 que no están cubiertos” a “Códigos ICD-10 que no respaldan la necesidad médica”

Apósitos Quirúrgicos

LCD:

- Se removió la referencia acerca de la orden escrita detallada (DWO)
- Se revisó el término “médico que ordena” y se reemplazó por “Profesional que trata”
- Se agregó la referencia a la orden escrita estándar o SWO

Artículo de la Política:

- Se agregó una sección completa acerca de la nueva Regla 1713 (84 Fed. Reg Vol 217)
- Se revisó el término “médico que ordena” y se reemplazó por “profesional que trata”
- Se revisó el término “la orden debe especificar:” y se reemplazó por “para las evaluaciones iniciales de la herida, el expediente del profesional tratante, enfermera en casa o cuidado en casa debe especificar:”
- Se agregó en los requisitos adicionales “para las evaluaciones iniciales de la herida, el expediente del profesional tratante, enfermera en casa o cuidado en casa debe especificar:”
- El término “médico” se cambió a “profesional tratante”
- El título “Códigos ICD-10 que están cubiertos” se cambió a “Códigos ICD-10 que respaldan la necesidad médica”
- Se cambió la redacción de “Códigos ICD-10 que no están cubiertos” a “Códigos ICD-10 que no respaldan la necesidad médica”

6. Nueva versión de myCGS

La versión 5.8 de myCGS ya está disponible. El MBI (Medicare Beneficiary Identifier) es ahora el único método de identificación del beneficiario en todas las pantallas.

7. Actualización del Manual del Proveedor de la JC

- Capítulo 1:

- El deducible para el año 2020 es de \$ 198.00.
- Capítulo 3:
 - En diferentes partes del capítulo se hace la aclaración de que puede ser el médico o el profesional, quien emita la documentación.
- Capítulo 4:
 - El DIF revisado se necesita en el caso de que la duración de la necesidad haya expirado y el médico decida extender la duración de la necesidad para ese artículo.
- Capítulo 5
 - Cuando facture el código K0462, las reclamaciones serán denegadas si no se encuentra en las notas de la reclamación la información adicional del equipo que está siendo reparado (incluyendo marca y modelo), del equipo remplazado (incluyendo marca y modelo), de la parte que está siendo reparada y de la razón por la cual la reparación toma mas de un día en realizarse.
- Capítulo 9
 - Se agregó información acerca del proceso para solicitar una nueva LCD.
- Capítulo 13
 - myCGS incluye la opción de corregir reclamaciones con errores simples.
 - Monto mínimo para solicitar una apelación ante la Corte Administrativa o ALJ es de \$ 170.
 - Monto mínimo para solicitar una apelación ante la Corte Federal es de \$ 1,670.

8. Nuevos Requisitos para la Orden de DME

Efectivo Enero 1, 2020 solamente se necesita un tipo de orden para los DMEPOS. La Orden Escrita Detallada (DWO), la Descripción Detallada del Producto (DPD), la Orden de los 5 Elementos (5E) y la Orden de los 7 Elementos (7E) ya no son necesarias. Por favor revise el Artículo de Documentación Estándar # A55426 para conocer los detalles de los nuevos requisitos.

9. Simposio de CGS en Puerto Rico en Español

El Taller de CGS en español este año se hará en San Juan el 29 y 30 de Abril. A diferencia de los años anteriores, vamos a tener dos sesiones iguales pero en dos días diferentes, eso nos permitirá cubrir la información de una manera mas efectiva. Las inscripciones se abren en Marzo y como siempre no tendrá ningún costo para los asistentes.



Educación en Español Programada para este Mes

- Febrero 6: **Sillas de Ruedas Motorizadas y POV**
- Febrero 11: **Apósitos Quirúrgicos**
- Febrero 13: **Sillas de Ruedas Manuales**
- Febrero 18: **Equipos de Bajo Costo para Venta o Renta IRP**
- Febrero 20: **Ostomía y Traqueostomía**

NO tienen ningún costo, Para horarios e inscripciones por favor consulte nuestra página de Internet <https://www.cgsmedicare.com>

- Haga click en “**Education**”
- Haga click en “**Spanish Language Webinars**” y después en la fecha del Webinar en el que está interesado. Complete la información solicitada y revise la dirección de correo electrónico a la cual le será enviada la invitación al webinar con las instrucciones de conexión.



Noticias y Nuevas Publicaciones

Para tener acceso a estas publicaciones debe ir a <https://www.cgsmedicare.com>

- Haga click en “JC DME”
- Al lado izquierdo de la página encuentra la sección de “News and Publications”

Haga click “News” y después sobre la publicación que desea consultar

Para esta edición tenemos:

1. **Enero 8: “Tips to Check Same or Similar Equipment in myCGS”:** Esta publicación le recuerda a los proveedores que en myCGS pueden ver si el beneficiario ha recibido equipo igual o similar. La opción “CMN Status” le permite buscar el histórico de los CMN (reales y creados por el sistema) y obtener la siguiente información:

- Código enviado, código aprobado, tipo de CMN, duración, fecha de inicio, revisado o recertificado (si aplica), nombre del proveedor, número de teléfono del proveedor, estatus del CMN, número de meses de renta pagados, fecha de la última renta

Para los artículos IRP está disponible la opción “Claim History” en donde ingresa la primera letra del código HCPCS (Ej. L) y obtendrá todos los códigos de los artículos que comienzan con esa letra. Para mayor información consulte esta publicación. Obtendrá la siguiente información:

- Fecha de inicio del ciclo de facturación (from date), fecha final del ciclo de facturación (to date), código HCPCS con modificadores, unidades, nombre del proveedor, número de teléfono del proveedor, estatus (denegado o aprobado)

También está disponible la opción para zapatos y artículos para diabéticos “Diabetic Supplies and Shoes”.

Para información adicional consulte el manual del usuario de myCGS en español.

2. **Enero 13: “myCGS - Tips for Successful Claim Corrections”** En esta publicación se le comunica a los proveedores que en myCGS pueden realizar una corrección de una reclamación de la siguiente información:

- Lugar de Servicio
- Fecha de servicio (“from” y “to”)
- Número de servicios
- Cantidad en dólares enviada
- Códigos de diagnóstico

Para mas información consulte esta publicación.

3. **Enero 23: “Items Provided on a Recurring Basis and Request for Refill Requirements – Annual Reminder – January 2020”:** Esta es una publicación conjunta de los DME MACs. En esta publicación se le recuerda a los proveedores que los resurtidos de los suministros de DME se hacen con base en la orden original y de manera prospectiva. Los proveedores deben comunicarse con el beneficiario antes de cada entrega y no hacerlo automáticamente, con el fin de asegurarse de que el artículo aún es necesario, los artículos que el beneficiario tiene en existencia están próximos a terminarse y no ha habido ningún cambio en la orden. Esta comunicación debe hacerse dentro de los 14 días anteriores a la fecha en la cual corresponde la entrega y dicha entrega no puede realizarse antes de los 10 previos a la fecha indicada y debe evidenciarse a través de una “solicitud de resurtido” o de un recibo detallado (en caso de que el beneficiario reclame los artículos directamente en el local del proveedor). No se requiere una nueva orden de manera rutinaria a menos de que haya habido un cambio.

Solamente puede entregar la cantidad que corresponde a un mes de consumo para nutrientes y suministros enterales y parenterales, medicamentos inmunosupresores, inmunoglobulina intravenosa, medicamentos orales anti cancer, medicamentos antieméticos orales y apósitos quirúrgicos.

Para mayor información consulte esta publicación.

4. **Enero 20: “Documentation Identification Tool Name Change Announcement”:** En esta publicación se le comunica a los proveedores que el nombre de la herramienta de CGS “Documentation Identification Tool” se ha cambiado a “Divider Sheets”. Esta herramienta contiene páginas pre diseñadas que puede usar para separar y organizar la documentación que envíe. Para mas información consulte esta publicación.



Nuevos Recursos en Español

Recuerde que puede consultar esta edición de las Noticias del Mes y las anteriores en nuestra página de Internet <https://www.cgsmedicare.com> sección “Education” bajo “Noticias en Español”

1. **Manual del Usuario y Guía de Registro y Manejo de Cuenta de myCGS en Español:** Estos documentos han sido actualizados de acuerdo a la nueva versión de myCGS. Visite <https://www.cgsmedicare.com> sección “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, etc.; adaptada a sus necesidades particulares y en un horario que le convenga. Solo debe enviarnos un correo electrónico a liliana.hewlett@cgsadmin.com



ListServ

- Para estar al tanto de las últimas actualizaciones y noticias de la Jurisdicción C inscribase a nuestro ListServ.
- Para hacerlo, ingrese a la página de Internet de CGS: <https://www.cgsmedicare.com> y haga click en “**JC DME**”
 - Al lado derecho de su pantalla haga click en “Quick Links” y después click en “Join the ListServ”
 - Complete la inscripción y
 - Haga click en “Register”

Verifique que su sistema de correo electrónico acepte correos de CGS. Estará recibiendo periódicamente un correo electrónico con los enlaces a todos los artículos.

Sus sugerencias o comentarios son importantes para nosotros, déjenos saber como ayudarle escribiéndonos a liliana.hewlett@cgsadmin.com

Este boletín no es una comunicación oficial de los DME MAC o de CMS y fue preparado con el fin de que sea una herramienta educativa e informativa y no reemplaza las Leyes o Regulaciones vigentes. No es una traducción literal de las publicaciones a las cuales hace referencia. Se les recomienda a los proveedores de manera muy enfática, que consulten los documentos oficiales de los DME MAC, las publicaciones mencionadas, las Determinaciones de Cobertura Nacional, las Determinaciones de Cobertura Local (LCD) y los Artículos de la Política y de Documentación pertinentes. Visite <https://www.cgsmedicare.com> y <https://www.cms.gov> Cualquier cambio en la información a la cual se hace referencia podrá hacerse en cualquier momento y sin previo aviso.

