



— FEBRERO 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 “Medicamentos Inmunosupresores”**. Fecha de efectividad 02/01/2026
 - Se eliminó lo siguiente
 - Códigos J7505 y J7513 de la sección de indicaciones de cobertura, limitaciones y necesidad médica
 - Códigos J7505 y J7513 del grupo 1 de los códigos HCPCS
 - Se agregó lo siguiente
 - Código J7528 al grupo 1 de los códigos HCPCS
- **LCD “Medicamentos Orales Anticáncer”**. Fecha de efectividad 02/01/2026
 - Se eliminó lo siguiente
 - La fludarabine phosphate de la lista NDC
- **Artículo de la Política “Medicamentos Orales Anticáncer”**. Fecha de efectividad 02/01/2026
 - Se removió lo siguiente
 - La fludarabine phosphate del grupo 5 de los códigos ICD-10
 - El grupo 5 de los códigos ICD-10
 - Se revisó lo siguiente
 - Se enumeraron nuevamente los grupos de los códigos ICD-10 después de haber retirado el grupo 5
- **LCD “Medicamentos Antieméticos Orales”**. Fecha de efectividad 02/01/2026
 - Se removió lo siguiente
 - Códigos J8650 Y Q0174 del grupo 1 de los códigos HCPCS
- **Artículo de la Política “Medicamentos Antieméticos Orales”**. Fecha de efectividad 02/01/2026
 - Se removió lo siguiente
 - Códigos J8650 Y Q0174 de las indicaciones de cobertura
 - Códigos J8650 Y Q0174 de las guías de codificación
- **LCD “Suministros para Urología”**. Fecha de efectividad 02/01/2026
 - Se revisó lo siguiente
 - Se cambió “El cateterismo intermitente con un kit de catéter intermitente estéril (A4297, A4353) está cubierto cuando el beneficiario requiere cateterismo y cumple con uno de los siguientes criterios (1-5):” y ahora dice “El cateterismo intermitente con un kit de catéter intermitente estéril (A4297, A4353) está cubierto cuando el beneficiario requiere cateterismo y cumple con uno de los siguientes criterios (1-4):”, para que coincida con el número de criterios enumerados.
 - por mes
- **Artículo de la Política “Suministros para Urología”**. Fecha de efectividad 02/01/2026
 - Se revisó lo siguiente
 - Ubicación de la información de A4295, A4296, A4297, A4351 y A4352, moviendo la información del texto del párrafo del Grupo 1 a la lista de códigos HCPCS del Grupo 1

2. Actualización del Manual del Proveedor de la Jurisdicción C

- Capítulo 1
 - Se actualizó el nuevo deducible de la parte B para el 2026 a \$283
- Capítulo 6
 - Se agregó el código 66 (*Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Center*-descripción del código en inglés) a la lista de códigos de lugares de servicio en los cuales se puede considerar la cobertura.
- Capítulo 9
 - Se agregó "Requerida" cuando se menciona la Pre-Autorización
- Capítulo 13
 - Se actualizó la cantidad en dólares mínima requerida para la apelación ante la Corte Administrativa (ALJ) que para el 2026 es \$200
 - Se actualizó la cantidad en dólares mínima requerida para la apelación ante la Corte Federal que para el 2026 es \$1960

3. Proceso de exención para la pre-autorización de ciertos artículos de DME

- De acuerdo con CMS, a determinados proveedores de DMEPOS se les ofrecerá la exención de la pre-autorización
- Los contratistas del DME MAC revisarán los índices de aprobación de las pre-autorizaciones de los proveedores
- Si el índice de aprobación del proveedor es del 90 % o superior, este proveedor tendrá la opción de quedar exento de solicitar pre-autorizaciones durante ese año
- Para determinar la elegibilidad del proveedor para esta exención continua, los DME MAC realizarán una muestra anual de revisión médica posterior al pago para garantizar el cumplimiento
- En esta muestra de reclamaciones, los proveedores deberán alcanzar nuevamente un índice de aprobación del 90 % o superior para mantener la exención
- Los proveedores que no cumplan con el umbral del 90 % de cumplimiento deberán seguir presentando solicitudes de pre-autorización como condición para el pago
- El DME MAC notificará a los proveedores antes de que comience o se retire una exención con al menos 60 días de anticipación antes de la fecha de efectividad

4. Nueva pregunta y respuesta acerca de Oxígeno

- La siguiente pregunta se agregó a las preguntas y respuestas más comunes acerca de oxígeno
 - ¿Un beneficiario usando una pieza de boca o al cual se le ha implantado un estimulador del nervio hipogloso (en lugar de un CPAP) para el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño, calificaría para oxígeno para tratar la hipoxemia durante el sueño?
 - Respuesta: Para los beneficiarios con apnea obstructiva del sueño (OSA), la prueba de saturación de oxígeno requerida solo puede realizarse durante un estudio de polisomnografía de titulación (ya sea de noche completa o parcial). Durante la titulación, se puede utilizar una pieza de boca o un estimulador del nervio hipogloso en lugar de un equipo de CPAP. Los resultados de la polisomnografía de titulación determinarán si la prueba de oxígeno cumple con los requisitos.

5. Tarifas para el primer trimestre del 2026

- Las tarifas para el primer trimestre del 2026 para DMEPOS y para medicamentos ya fueron publicadas. Consulte la sección de "Fee Schedule" de nuestra página de internet. [Fee Schedules](https://cgsmedicare.com/jc/coverage/fees/index.html) (<https://cgsmedicare.com/jc/coverage/fees/index.html>) (en inglés)

6. myCGS® 10.5 y 10.5.1

- Pantallas del estatus de las reconsideraciones y del estatus de las reaperturas
 - Ahora se muestran más detalles sobre el estado de un caso. Anteriormente, si un caso se transfería a otro departamento de CGS, algunas veces obtenía el mensaje "estatus no disponible". Ahora, verá mensajes que indican que el caso ha sido transferido.
- Pantalla de la Facilidad de Enfermería Especializada o SNF y Hospital

- Esta pantalla ahora muestra el código de estatus del paciente para cada estancia del paciente ingresado. Anteriormente, solo se mostraba la descripción.

Skilled Nursing Facility (SNF)/Hospital Information

Medicare ID: [Redacted] Beneficiary Name: [Redacted] Beneficiary Date of Birth: [Redacted] Date of Service: [Redacted]

Start Date	End Date	Facility Type	Patient Status Code and Description	Admitted Date	Discharge Date	Last Updated	Facility NPI
12/01/2024	12/19/2024	SNF Inpatient Last Claim	01 - Discharged to home or self care (routine discharge)	11/29/2024	12/19/2024	01/15/2025	[Redacted]
11/29/2024	11/30/2024	SNF Inpatient First Claim	30 - Still patient	11/29/2024		12/13/2024	[Redacted]
11/19/2024	11/29/2024	Hospital Inpatient	03 - Discharged/transferred to a SNF	11/19/2024	11/29/2024	02/14/2025	[Redacted]
05/16/2024	05/18/2024	Hospital Inpatient Admission to Discharge	01 - Discharged to home or self care (routine discharge)	05/17/2024	05/18/2024	06/03/2024	[Redacted]

NPI REGISTRY

NEW SEARCH EXIT

Back to Top

- Pantalla de Reapertura y Corrección de Reclamaciones
 - Removimos ciertas denegaciones que no pueden procesarse por medio de una reapertura
- Planes Advantage de Medicare
 - Como resultado de la última actualización del HETS, ahora le mostramos el PACE (Programa de Cuidado para Ancianos Todo Incluido) MAPs [PACE](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-coverage-options/other-medicare-health-plans/PACE) (en inglés)

7. Actualización de la herramienta de facturación consolidada

[Consolidated Billing Tool](https://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/news/2026/01/cope194486.html) (en inglés)

- Agregamos los códigos y las descripciones del estatus del paciente desde el portal web myCGS®

Consolidated Billing Tool

Enter a HCPCS code to view

- If the HCPCS is included in Consolidated Billing during a Part A stay in a skilled nursing facility (SNF) (typically the first 100 days)
- If the HCPCS is payable in an SNF once the Part A stay has ended
- If the HCPCS is included in home health consolidated billing
- If the HCPCS is separately payable while enrolled in hospice

HCPCS: Search >>

Applicable Patient Status Codes and Description from the myCGS® Web Portal:

- 03 – Discharged/transferred to SNF
- 06 – Discharged home under care of home health services
- 30 – Still Inpatient
- 50 – Transferred to hospice at home

- Se incluyó un enlace directo a myCGS
- Al ingresar el código HCPCS y hacer clic en Buscar “Search”, la herramienta le recordará que consulte myCGS para obtener los códigos relevantes del estatus del paciente

HCPCS: A5500

SNF – During the Part A Stay	SNF – Outside the Part A Stay	During a Home Health Episode	Enrolled in Hospice
Not Separately Payable	Separately Payable	Separately Payable	Separately Payable if Unrelated to the Hospice Diagnosis
Check for one of the following Patient Status Codes in myCGS:	Check for one of the following Patient Status Codes in myCGS:	Check for one of the following Patient Status Codes in myCGS:	Check for one of the following Patient Status Codes in myCGS:
<ul style="list-style-type: none"> • 03 • 30 	<ul style="list-style-type: none"> • 03 • 30 	<ul style="list-style-type: none"> • 06 	<ul style="list-style-type: none"> • 50

Applicable Patient Status Codes and Description from the myCGS® Web Portal:

- 03 – Discharged/transferred to SNF
- 06 – Discharged home under care of home health services
- 30 – Still Inpatient
- 50 – Transferred to hospice at home

8. Nuevos códigos agregados al programa CGS Connect®

- Se agregaron los siguientes códigos al programa de revisión voluntaria de documentación CGS Connect®
 - Silla de ruedas K0006
 - Catéter urinario hidrofílico A4295, A4296 y A4297

9. Códigos de oxígeno que ahora requieren encuentro cara a cara (Face to Face)

- Medicare ha seleccionado 8 códigos de oxígeno (E0424, E0431, E0433, E0434, E0439, E1390, E1391, E1392) que requerirán una evaluación en persona (cara a cara) y una orden escrita antes de la entrega, a partir de abril 13, 2026
- El médico tratante debe documentar y comunicar al proveedor que ha tenido una evaluación en persona del beneficiario dentro de los 6 meses anteriores a la fecha de la orden escrita

10. Recursos en español que fueron actualizados o agregados

- Lista de chequeo de documentación acerca de "Suministros Urológicos"
- Video "Directo al Punto" acerca de Catéteres Urinarios Hidrofílicos
- Video "Directo al Punto" acerca de Facturación Consolidada y SNF



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.

- **Febrero 10: sillas de ruedas motorizadas y POVs**
- **Febrero 12: apósitos quirúrgicos**
- **Febrero 17: oxígeno**
- **Febrero 19: sillas de ruedas manuales y grúas para pacientes**
- **Febrero 24: suministros para ostomía y traqueostomía**
- **Febrero 26: equipos de movimiento pasivo para rodilla o CPM**

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. **Enero 5: "Items Provided on a Recurring Basis and Request for Refill Requirements - Annual Reminder - January 2026"** En esta publicación se informa a los proveedores que, para todos los equipos médicos duraderos, prótesis, ortesis y suministros (DMEPOS) que se proporcionan de forma recurrente, la facturación debe basarse en el uso previsto, no en el uso retrospectivo. Para los resurtidos de DMEPOS, los proveedores deben comunicarse con el beneficiario o con su cuidador o representante y documentar una respuesta afirmativa antes de enviar el resurtido. Los resurtidos no se pueden enviar automáticamente de forma predeterminada, incluso si están autorizados por el beneficiario. Esto se hace para garantizar que el artículo que se resurte siga siendo razonable y necesario, garantizar que los suministros existentes están próximos a agotarse y para confirmar cualquier cambio o modificación en la orden. El contacto con el beneficiario con respecto a los

resurtidos debe realizarse dentro del periodo de los 30 días calendario anteriores a la fecha prevista de finalización del suministro actual. El proveedor debe entregar el producto DMEPOS dentro de un periodo de 10 días calendario antes de la fecha prevista de finalización del suministro actual, independientemente del método de entrega utilizado.

Los proveedores no deben entregar resurtidos sin la solicitud de resurtido y sin una respuesta afirmativa del beneficiario. Los artículos entregados sin una solicitud documentada válida serán rechazados por no considerarse razonables ni necesarios.

Los proveedores no deben suministrar una cantidad de suministros que exceda el consumo previsto del beneficiario. Los proveedores deben estar atentos a los patrones de consumo atípicos o inusuales por parte de sus pacientes. Deben verificar con el profesional tratante si cualquier cambio o patrón de consumo atípico está justificado. Independientemente del consumo, el proveedor no debe suministrar al mismo tiempo más de la cantidad correspondiente a uno o a tres meses.

Solo se puede entregar la cantidad correspondiente a un mes para los resurtidos de los nutrientes y los suministros enterales y parenterales, la inmunoglobulina intravenosa, los suministros para terapia de heridas con presión negativa, los medicamentos orales contra el cáncer, los medicamentos antieméticos orales y los apósitos quirúrgicos. Para los demás resurtidos que se entregan de forma recurrente, los proveedores pueden suministrar un máximo de tres meses de suministro a la vez. Consulte la determinación de cobertura local (LCD) correspondiente para conocer los requisitos específicos del resurtido.

No se necesita una orden de rutina por resurtidos. Se requiere una nueva orden en las siguientes circunstancias:

- Para todas las reclamaciones por compra o renta inicial
- Si hay un cambio en la orden de los equipos médicos duraderos (por ejemplo, la cantidad)
- De forma periódica (incluso si no hay cambios en la orden) solo si está especificado en la sección de documentación de una política médica en particular
- Cuando se reemplaza un artículo
- Cuando hay un cambio de proveedor y el nuevo proveedor no puede obtener una copia de una orden válida para el equipo médico duradero del proveedor anterior

Para los artículos que el beneficiario adquiere personalmente en el local del proveedor, el documento de entrega firmado o una copia del recibo de compra detallado son documentación suficiente para solicitar un resurtido.

Para los artículos que se entregan al beneficiario, la documentación de la solicitud de resurtido debe ser individualizada para el beneficiario (es decir, el beneficiario, su cuidador o su representante debe confirmar la necesidad del resurtido) y esta debe quedar registrada en los archivos del proveedor. Medicare no especifica el método de comunicación que se debe utilizar para recopilar esta información. Por ejemplo, la solicitud de resurtido puede realizarse mediante mensajes de texto automatizados o mediante un correo electrónico, siempre y cuando se obtenga toda la información requerida en la solicitud. La solicitud de resurtido debe realizarse y documentarse antes del envío. Una declaración retrospectiva del proveedor o del beneficiario no es suficiente.

La solicitud de resurtido debe incluir:

- Nombre del beneficiario o de su representante autorizado, si es diferente del beneficiario
- Descripción de cada artículo solicitado
- Documentación que confirme la necesidad del resurtido
- Fecha de la solicitud de resurtido

Esta información debe archivar y estar disponible cuando se solicite.

Estos requisitos no se limitan únicamente a los resurtidos de DMEPOS para los artículos contemplados en las determinaciones de cobertura local (LCD). Todos los artículos DMEPOS que se resurten periódicamente están sujetos a estos requisitos, a menos que se especifique lo contrario.

Para obtener información adicional, consulte el artículo Requisitos Estándar de Documentación para Todas las Reclamaciones Presentadas a los Contratistas Administrativos de Medicare (A55426), la determinación de cobertura local (LCD) correspondiente y el manual del proveedor del DME MAC.

Para más información consulte esta publicación.

- 2. Enero 20: "Widespread Pre-Pay Service Specific Medical Record Review Announcement – (Healthcare Common Procedure Coding System) (HCPCS) Code E1390"** En esta publicación se informa a los proveedores que CGS realizará una revisión prepago de los expedientes médicos de las reclamaciones que contengan el código E1390 y los códigos asociados con el modificador N3:

- E1390 – Concentrador de oxígeno, puerto de suministro único, capaz de suministrar una concentración de oxígeno del 85 % o superior a la velocidad de flujo prescrita
- MODIFICADOR N3 – Se cumplieron los criterios de cobertura de oxígeno del grupo 3

El grupo de políticas de oxígeno presenta un alto índice de error en el CERT para las Jurisdicciones B y C. En noviembre de 2025, CGS concluyó una investigación exhaustiva de 100 reclamaciones de oxígeno con el modificador N3, en la que se denegó el 84 % de las reclamaciones revisadas. El motivo más frecuente de denegación se relacionó con el uso incorrecto del modificador N3, el cual indica que el uso de la terapia de oxígeno en la casa del beneficiario está destinado al tratamiento de las cefaleas en racimos. Con base en estos resultados, se justifica una mayor revisión de las reclamaciones y la capacitación de los proveedores.

CGS revisará los expedientes médicos de reclamaciones seleccionadas aleatoriamente antes del pago. Esta revisión no se dirige a ningún proveedor en particular. CGS enviará solicitudes de documentación adicional (ADR) para estas reclamaciones. Es importante responder a las cartas de ADR. La ley federal (Ley del Seguro Social, Secciones 1815(a), 1833(e) y 1862(a)(1)(A)) autoriza la recopilación de esta información. Los proveedores incumplen el Estándar del Proveedor #28 cuando, previa solicitud, no proporcionan la documentación solicitada a un contratista de Medicare como CGS.

El no enviar los expedientes puede resultar en la denegación de la reclamación y la remisión al contratista del Registro Nacional de Proveedores (NPE) o al UPIC.

La carta de ADR incluirá la siguiente información:

- Orden escrita del profesional tratante
- Documentación que respalde los criterios legales y de necesidad médica, definidos en la Determinación de Cobertura Local y el Artículo de Política relacionado
- Cualquier otra documentación pertinente
- Copia de la Notificación Anticipada al Beneficiario de No Cobertura (ABN), si se obtuvo

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