

TABLA GUIA PARA REAPERTURAS

La tabla guía para las reaperturas le proporciona una descripción general del proceso de ajuste de reclamaciones. Contiene las solicitudes más comunes de ajuste a través de Reaperturas y no cubre todos los escenarios posibles. La tabla le ayudará a determinar cuales reclamaciones pueden procesarse a través del portal myCGS y cuales deben procesarse por escrito o telefónicamente.

Si una reclamación se deniega por no ser razonable ni necesaria, usted debe enviar una solicitud de redeterminación.

Si la reclamación se ajustó previamente, no puede enviarla a través del portal de myCGS.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:

CGS no puede garantizar que este recurso resultará en el reembolso de Medicare por los servicios prestados.

Tipo de Cambio o Solicitud	Formulario de reaperturas a través de myCGS	Herramienta de corrección de la reclamación en myCGS	Reapertura telefónica	Reapertura escrita
CMN/DIF: Ajustar una reclamación que tiene un CMN/DIF pagable**	Si	Si	Si	Si
CMN/DIF: Descargar el CMN/DIF**	Si, solamente cuando se asocia con una reclamación denegada	No	No	Si, solamente cuando se asocia con una reclamación denegada
CMN/DIF: Hacer cambios a un CMN/DIF**	Si, solamente cuando se asocia con una reclamación denegada	No	No	Si, solamente cuando se asocia con una reclamación denegada
El modificador CR y la nota del "COVID-19" no está en la reclamación que fue denegada como no razonable ni necesaria (denegación por no necesidad médica en reclamaciones afectadas por el "waiver" de la Emergencia de Salud Pública o PHE)	Si	No	No	Si
Fecha de Servicio: Cambio en la fecha o en el intervalo de tiempo (date span)	Si	Si	Si	Si
Agregar o Cambiar la Tarifa de Despacho	Si	Si	Si	Si
Cambio en los códigos HCPCS	Si	Si (no para los códigos HCPCS con KX, GA, GY o GZ agregado o los códigos misceláneos y los códigos que comienzan con WW)	Si	Si
Modificadores BU, BR, BP	Si, debe incluirse una copia de la carta de opción de compra	No	No	Si, debe incluirse una copia de la carta de opción de compra
Modificadores RR, NU	Si	No	No	Si
Modificadores: Todos los demás modificadores diferentes a los enumerados arriba Y el KX, GA, GY y GZ	Si	No	No	Si
Número o unidades de servicio	Si	Si	Si	Si
Hacer cambios en el NPI o Nombre del profesional que prescribe	Si	No	No	Si
Agregar el Número Unico de Rastreo de la Pre-Autorización (UTN)	Si	No	No	Si



CGS®

A CELERIAN GROUP COMPANY

Page 1 | Creada Julio 20, 2021
Revisada Agosto 26, 2025

© 2025 Copyright, CGS Administrators, LLC.



Tipo de Cambio o Solicitud	Formulario de reaperturas a través de myCGS	Herramienta de corrección de la reclamación en myCGS	Reapertura telefónica	Reapertura escrita
Enviar correcciones en la cantidad en dinero facturada	Si	Si	Si	Si
Plazo de tiempo para enviar la reclamación: Reclamaciones denegadas por haber sido enviadas después del límite de tiempo para hacerlo	Si	No	No	Si

****Los CMN y los DIF han sido eliminados a partir de las fechas de servicio del Enero 1, 2023.**

Para denegaciones específicas de las reclamaciones, consulte su notificación de pago. En la Herramienta de Resolución de Denegación de Reclamaciones en Español (Claim Denial Resolution Tool), ingrese el código de razón de la ANSI específico. Esta herramienta le proporcionará el mensaje de la razón para la denegación y las posibles causas y resoluciones.

Herramienta de Resolución de Denegación de Reclamaciones en Español https://www.cgsmedicare.com/medicare_dynamic/jc/claim_denial_resolution_tool_sp/search.aspx

Estos son los pasos que puede seguir para las reclamaciones que no pueden enviarse a reaperturas

Retransmita la reclamación para:

- Reclamaciones no procesables o que han sido retornadas (tales como ANSI código 16)
- Corrección del PTAN
- Reclamaciones rechazadas por el CEDI por haber sido enviadas con un CMN/DIF (solamente aplica para reclamaciones con fechas de servicio de Enero 1, 2023 o posteriores)
- Reclamaciones que no incluyeron el modificador ST (NOTA: El modificador ST es usado para excepciones en las Pre-Autorizaciones de las órtesis debido a condiciones agudas o de emergencia).

Envíe una solicitud de redeterminación para:

- Decisiones de Auditorías: Reclamaciones denegadas en una auditoría o por una entidad externa (UPIC/CERT/SMRC/MR/RAC)
- Interrupción en la necesidad-Solicite que comience un nuevo periodo de renta debido a la interrupción en la necesidad
- Cambios en el código de diagnóstico en la reclamación **denegada como no razonable ni necesaria**
- Correcciones de los Modificadores KX, GA, GY o GZ
- Denegaciones como no razonable ni necesario (denegaciones como no medicamento necesario)
- Denegaciones por sobreutilización
- Reclamaciones recuperadas-ajustes a reclamaciones cuyo pago ha sido recuperado
- Denegaciones por igual o similar

Envíe una solicitud de ajuste de sobrepago con una recuperación del sobrepago para:

- Ajustes de sobrepago - Solicitudes que resultarán en un sobrepago (P. Ej. cambio en los códigos HCPCS a un código con menor tarifa o cambio a una cantidad menor a la enviada)

Revise la Herramienta de Resolución de Denegación de Reclamaciones en Español y su notificación de pago para los siguientes pasos que debe tomar para resolver estos casos:

- Cambios en el nombre del Beneficiario de Medicare o en el MBI (Medicare Beneficiary Identifier)