



Formulario de Equipo Médico Duradero 2019

(Lista de artículos de equipo médico duradero cubiertos sujetos a marcas o fabricantes específicos)

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN DE LOS ARTÍCULOS DE EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) CUBIERTOS BAJO ESTE PLAN Y SUJETOS A MARCAS O FABRICANTES ESPECÍFICOS O REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA.

Este formulario es efectivo al 1 de enero de 2019. Si tiene preguntas, por favor llame a nuestro centro de llamadas al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) o al 1-866-627-8182 (usuarios de TTY). Puede llamarnos de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. También puede visitar nuestra página de internet en www.mcsclassicare.com.

Este formulario aplica a todos los afiliados de MCS Classicare. Por favor, revise este documento para identificar si hay equipo o suministros sujetos a los requisitos contenidos en este formulario. Cuando esta lista (formulario) de DME dice “nosotros” o “nuestro”, significa MCS Advantage, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa MCS Classicare.

Este documento incluye la lista de equipo médico duradero sujeto a una marca específica o fabricante específico para nuestro plan y fue actualizada en junio de 2018. El DME o los suministros no incluidos en esta lista (formulario), pero que estén cubiertos por Medicare Original, no están sujetos a una marca o fabricante en particular, ni a requisitos de autorización previa.

¿Qué es el Formulario de DME de MCS Classicare?

Un formulario es una lista de artículos cubiertos seleccionados por MCS Classicare, sujetos a una marca o fabricante específico, que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, MCS Classicare cubrirá los artículos de equipo médico duradero listados en este formulario siempre y cuando sean médicamente necesarios, un médico que sea parte de la red de MCS Classicare provea la orden médica y se sigan otras reglas del plan. El DME será suministrado por un proveedor de DME contratado.

H5577_007S0618_C

¿El formulario puede cambiar?

Por lo general, si usted está utilizando uno de los artículos que aparecen en nuestro formulario y el artículo estaba cubierto a principios del año, podríamos no discontinuar o reducir la cobertura para el artículo durante el año de cobertura 2019, (ciertas excepciones pueden aplicar, por ejemplo excepciones acorde con las reglas de Medicare, necesidad médica, entre otras). Otros tipos de cambios, como nuevas incorporaciones de artículos al formulario, no afectarán a los afiliados. El formulario no está sujeto a revisiones a mitad de año para remoción de artículos.

¿Hay restricciones en mi cobertura?

Todo equipo médico duradero y/o suministros debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare. El médico debe validar que los criterios de cobertura se cumplan y debe documentarse en el expediente médico. Además de la validación de los criterios de cobertura por parte del médico, algunos artículos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** MCS Classicare requiere que usted, o su médico, o un representante autorizado que sea nombrado por usted, obtenga una autorización previa para ciertos artículos. Esto significa que usted necesita obtener una aprobación de MCS Classicare antes de recibir el equipo/suministros o el servicio relacionado. Si usted no obtiene aprobación previa, MCS Classicare puede no cubrir el artículo.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos artículos, MCS Classicare limita la cantidad de suministros que MCS Classicare cubrirá.

Para conocer si su artículo tiene requisitos adicionales o límites de cobertura, busque en el formulario que comienza en la página 6.

Puede solicitar a MCS Classicare que haga una excepción a las restricciones o límites de nuestra lista de equipo médico duradero, o a las marcas de equipo o suministros de esta lista por otra marca/fabricante que sea médicamente necesaria para tratar su condición de salud. Vea la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de DME de MCS Classicare?” para conocer cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mis suministros o el artículo de equipo médico duradero solicitado no aparecen en el formulario?

Si sus suministros o equipo no se incluyen en este formulario, comuníquese primero con nuestro Centro de Llamadas y pregunte si sus suministros/equipo están cubiertos. Si el representante de nuestro Centro de Llamadas le indica que el equipo está cubierto y no aparece en el formulario, significa que el equipo no tiene restricciones de marca o fabricante, ni requisitos de autorización previa. Puede enviarle la orden médica directamente al proveedor de DME contratado:

Clinical Medical Services - Fax: 787-474-2800 o 787-622-3449 -Tels. 787-620-2900 o 1-800-981-0122
Lunes a viernes de 8:30 a.m. - 5:30 p.m.

Si le indican que MCS Classicare no cubre sus suministros/equipo, puede solicitarle a MCS Classicare que haga una excepción para cubrir sus suministros/equipo. A continuación, vea la información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de DME de MCS Classicare?

Puede solicitarle a MCS Classicare que haga una excepción a las reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que nos puede solicitar.

- Nos puede solicitar que cubramos un artículo de una marca o fabricante diferente. Su médico debe hacer esta petición y debe someterla como una solicitud de autorización previa para fabricante y/o marca.
- Nos puede solicitar que cubramos un artículo si el mismo no se encuentra listado como un servicio cubierto. De ser aprobado, el artículo será cubierto a un nivel predeterminado de costo compartido.
- Nos puede solicitar que eliminemos las restricciones de cobertura o los límites para su artículo. Por ejemplo, para ciertos artículos, MCS Classicare limita la cantidad del artículo que puede cubrir. Si el artículo tiene un límite de cantidad, nos puede solicitar que eliminemos el límite y le cubramos una cantidad mayor. MCS Classicare validará, en coordinación con el médico que prescribe, la necesidad médica de dicha solicitud.

Llame a nuestro Centro de Llamadas a los números de teléfono mencionados arriba o refiérase a su Evidencia de Cubierta 2019 la cual le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones. Si su plan **incluye** cubierta de medicamentos de la Parte D de Medicare, refiérase al Capítulo 9. Los afiliados **sin** cubierta de medicamentos de la Parte D de Medicare deben referirse al Capítulo 7.

Para más información

Para información más detallada acerca de su cobertura de equipo médico duradero bajo MCS Classicare, por favor consulte su Evidencia de Cubierta 2019 y otros documentos del plan.

Formulario de DME de MCS Classicare

El formulario provee información de cobertura acerca de algunos suministros y equipo cubiertos bajo MCS Classicare, los cuales están sujetos a una marca o fabricante específicos.

La información está clasificada por tipo de equipo/suministro. Puede comenzar su búsqueda bajo la categoría de DME o bajo la descripción del servicio en específico. El formulario (que comienza en la página 6 de este documento) tiene siete (7) columnas. Para su conveniencia, en la próxima página le proveemos una lista en orden alfabético de las categorías principales de artículos de equipo médico duradero/suministros que aparecen en este formulario.

Número de la columna	Nombre de la columna	Descripción de la columna
Columna 1	Categoría	Incluye los nombres de las categorías principales de artículos de equipo médico duradero/suministros que aparecen en este formulario.
Columna 2	Código HCPCS del DME	Este es el número del DME o suministro. Esta información es relevante para su médico y para el proveedor.
Columna 3	Descripción del DME	Incluye el nombre del DME o los suministros
Columna 4	Nivel del DME	<p>Clasifica en dos (2) categorías los servicios que hay en el formulario:</p> <p>Nivel 1: Siempre requiere autorización previa para validar criterios de cobertura y solo está cubierta la marca preferida. (Si el médico considera necesario un fabricante, marca o cantidad diferente, entonces se requiere autorización previa para marca).</p> <p>Nivel 2: Marca preferida cubierta. No requiere autorización previa a menos de que el médico solicite una marca de fabricante o cantidad diferentes.</p>
Columna 5	Fabricante	Incluye el fabricante (o la compañía) que desarrolla o distribuye el DME especificado en la columna 1.
Columna 6	Marca	Indica la marca específica para cubrir el servicio o DME especificado en la columna 1. En algunas instancias, se considera cubierta más de una marca. En otros casos en particular se indica “todas las marcas”, lo que significa que todas las marcas de ese fabricante están cubiertas.
Columna 7	Límites	Esta columna indica que los servicios se limitan por cantidad.

Este formulario es efectivo al 01/01/2019.

Tabla de Contenido

Andadores y andadores con ruedas.....	6
Camas y colchones de hospital	6
Dispositivos de compresión torácica.....	7
Dispositivos estimuladores de tos.....	8
Equipo de oxígeno.....	8
Equipo o suministros CPAP y BIPAP	8
Equipo o suministros nutricionales/enterales	9
Equipo o suministros urológicos/de ostomía.....	12
Equipos y suministros de succión	21
Grúas médicas.....	21
Inodoros portátiles	21
Monitores y suministros para diabetes.....	22
MPCs	22
Nebulizadores.....	22
Sillas de ruedas y cojines.....	22
Suministros para Linfedema	24
Suministros para traqueostomía	24
Terapia de herida de presión negativa.....	24
Vehículos eléctricos y motorizados	24

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
Andadores y andadores con ruedas	E0143	Andador, plegable con ruedas de altura ajustable o fijas/Rollator	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E0156	Fijador del asiento para el andador con ruedas	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E0135	Andador plegable (fácil de levantar), altura ajustable o fija	2	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E0148	Andador de alta resistencia de peso, sin ruedas, rígido o plegable de cualquier tipo, cada uno	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E0149	Andador de alta resistencia de peso, con ruedas, rígido o plegable, cualquier tipo	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
Camas y colchones de hospital	E0304	Cama de hospital extra resistente, extra ancha, con capacidad de peso superior a 600 libras con cualquier tipo de rieles, con colchón	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E0260	Cama de hospital, semi-eléctrica (con ajuste de cabecera y piecera), con cualquier tipo de rieles con colchón	I	Drive Medical	COMPETITOR	I cada 5 años
	E0261	Cama de hospital, semi-eléctrica, sin colchón (con ajuste de cabecera y piecera), con cualquier tipo de rieles	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E0271	Colchón, resortes internos	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E0272	Colchón, espuma sintética elástica	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
	E0301	Cama de hospital, de alta resistencia, extra ancha, con capacidad de peso superior a 350 libras, pero inferior o igual a 600 libras, con cualquier tipo de barandas laterales, sin colchón	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E0303	Cama de hospital, de alta resistencia, extra ancha, con capacidad de peso superior a 350 libras, pero inferior o igual a 600 libras, con cualquier tipo de barandas laterales, con colchón	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E0181	Recubrimiento de colchón para reducción de la presión, motorizado, alterno, con bomba, incluye alta resistencia	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E0184	Colchón de presión en seco	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E0185	Almohadilla de presión en gel o similar a un gel para colchón, longitud y ancho de un colchón estándar	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E0277	Colchón de aire motorizado para reducir la presión	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
Dispositivos de compresión torácica	E0483	Sistema de oscilación de alta frecuencia de la pared torácica con generador de impulsos por aire (incluye mangueras y chaleco), cada uno	I	RESPIRTECH	INCOURAGE SYSTEM - CHEST COMPRESSION	I cada 5 años

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
Dispositivos estimuladores de tos	E0482	Dispositivo estimulante de tos, alternando la presión positiva y negativa de las vías respiratorias	I	Respironics	COUGH ASSIST	I cada 5 años
Equipo de oxígeno	E0434	Sistema portátil de oxígeno líquido, alquiler; incluye contenedor portátil, depósito de suministro, humidificador, flujómetro, adaptador de recarga, indicador de contenido, cánula o máscara y tubería	I	Chart Industries	HELIOS	I cada 5 años
	E1392	Concentrador de oxígeno portátil, alquiler	I	Respironics	SIMPLY GO, Mini Simply Go & Activox	I cada 5 años
	E1390	Concentrador de oxígeno, abertura de suministro simple, capaz de suministrar 85 por ciento o mayor concentración de oxígeno a la velocidad de flujo prescrita	I	Respironics	EVERFLO	I cada 5 años
Equipo o suministros CPAP y BIPAP	A7030	Máscara facial completa utilizada con dispositivo de presión positiva de las vías respiratorias, cada una	2	Respironics	COMFORTGEL, AMARA VIEW AND AMARA	I por 3 mes
	A7034	Interfaz nasal (máscara o tipo cánula) para utilizar con dispositivo de presión positiva de las vías respiratorias, con o sin cinta para la cabeza	2	Respironics	COMFORTGEL BLUE, TRUEBLUE GEL, WISP, OPTILIFE, NUANCE, DREAMWEAR AND NUANCE PRO	I por 3 mes

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
	E0470	Dispositivo de asistencia respiratoria, capacidad de presión de dos niveles, sin función de reserva de frecuencia, que se utiliza con la interfaz no invasiva, por ejemplo, nasal o mascarilla facial (dispositivo intermitente de asistencia con el dispositivo de presión positiva continua de las vías respiratorias)	1	Respironics	DREAM-STATION BPAP PRO	1 cada 5 años
	E0561	Humidificador, no termal, se utiliza con el dispositivo de presión positiva de las vías respiratorias	2	Respironics	DREAM-STATION	1 cada 5 años
	E0562	Humidificador, climatizado, que se utiliza con un dispositivo de presión positiva de las vías respiratorias	2	Respironics	DREAM-STATION	1 cada 5 años
	E0601	Dispositivo de presión positiva continua en vía aérea (CPAP)	1	Respironics	DREAM-STATIONCPAP	1 cada 5 años
	E0471	Dispositivo de asistencia respiratoria, capacidad de presión de dos niveles, con función de reserva de frecuencia, se utiliza con la interfaz no invasiva, por ejemplo, nasal o mascarilla facial (dispositivo de asistencia intermitente con el dispositivo de presión positiva continua de las vías respiratorias)	1	Respironics	DREAMSTATION	1 cada 5 años
Equipo o suministros	B4035	Equipo de suministros de alimentación enteral;	2	Medline	COMPAT	30 por mes

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
nutricionales/enterales		alimento por bomba, por día, incluye pero no se limita a la alimentación / jeringa de irrigación, tubo para el equipo de suministro, vendajes y cinta adhesiva				
	B4087	Tubo de gastrostomía/ yeyunostomía, estándar, cualquier material, cualquier tipo, cada uno	2	Halyard Health	MIC	1 cada 3 meses
	B4088	Tubo de gastrostomía/ yeyunostomía, de perfil bajo, cualquier material, cualquier tipo, cada uno	2	Halyard Health	MIC-KEY	1 cada 3 meses
	B4149	Fórmula enteral, alimentos naturales licuados fabricados con nutrientes intactos, incluye proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales, pueden incluir fibra, administrada a través de una sonda de alimentación enteral, 100 calorías = 1 unidad	1	Ross/Abbott	TODAS LAS MARCAS	Basado en órdenes médicas
	B4150	Fórmula enteral, nutricionalmente completa con nutrientes intactos, incluye proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales, pueden incluir fibra, administrada a través de una sonda de alimentación enteral, 100 calorías = 1 unidad	1	Ross/Abbott	TODAS LAS MARCAS	Basado en órdenes médicas
	B4152	Fórmula enteral, nutricionalmente completa, en calorías	1	Ross/Abbott	TODAS LAS MARCAS	Basado en

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
		(igual o mayor que 1,5 kcal / ml) con nutrientes intactos, incluye proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales, pueden incluir fibra, administrada a través de una sonda de alimentación enteral, 100 calorías = 1 unidad				órdenes médicas
	B4153	Fórmula enteral, proteínas hidrolizadas nutricionalmente completas (aminoácidos y péptidos de cadena), incluye grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales, pueden incluir fibra, se administra a través de una sonda de alimentación enteral, 100 calorías = 1 unidad	I	Ross/Abbott	TODAS LAS MARCAS	Basado en órdenes médicas
	B4154	Fórmula enteral, nutricionalmente completa, para las necesidades metabólicas especiales, excluye enfermedad hereditaria del metabolismo, incluye una composición alterada de las proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y/o minerales, puede incluir fibra, administrado a través de una sonda de alimentación enteral, 100 calorías = 1 unidad	I	Ross/Abbott	TODAS LAS MARCAS	Basado en órdenes médicas

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
	B4155	Fórmula enteral, nutrientes nutricionalmente incompletos y/o modulares, incluye ciertos nutrientes, los carbohidratos (por ejemplo, polímeros de glucosa), proteínas / aminoácidos (por ejemplo, glutamina, arginina), grasas (triglicéridos de cadena media) por ejemplo, o una combinación, administrados a través de una sonda de alimentación enteral, 100 calorías = 1 unidad	1	Ross/Abbott	TODAS LAS MARCAS	Basado en órdenes médicas
	B9002	Bomba de infusión de nutrición enteral con alarma	2	Medline	COMPAT	1 cada 5 años
Equipo o suministros urológicos/ de ostomía	A4311	Bandeja de inserción sin bolsa de drenaje con catéter permanente, tipo Foley, de dos vías de látex con revestimiento (teflón, silicona, elastómero de silicona o hidrófilo, etc.)	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
	A4312	Bandeja de inserción sin bolsa de drenaje con catéter permanente, tipo Foley, de dos vías, todas de silicona	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
	A4313	Bandeja de inserción sin bolsa de drenaje con catéter permanente, tipo Foley, de tres vías, para la irrigación continua	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
	A4314	Bandeja de inserción con la bolsa de drenaje con catéter permanente, tipo Foley, de dos vías de látex con revestimiento (teflón, silicona, elastómero de silicona o hidrófilo, etc.)	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
	A4315	Bandeja de inserción con la bolsa de drenaje con catéter permanente, tipo Foley, de dos vías, todas de silicona	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
	A4316	Bandeja de inserción con la bolsa de drenaje con catéter permanente, tipo Foley, de tres vías, para la irrigación continua	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
	A4338	Sonda permanente; tipo Foley, de dos vías de látex con recubrimiento (teflón, silicona, elastómero de silicona o hidrófilo, etc.), cada uno	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
	A4340	Sonda permanente; tipo especial, por ejemplo; "coude", "mushroom", ala, etc.), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
	A4344	Catéter permanente, de tipo Foley, de dos vías, todo de silicona, cada uno	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
	A4346	Sonda permanente; Tipo de Foley, tres vías para la irrigación continua, cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
	A4354	Bandeja de inserción con la bolsa de drenaje, pero sin catéter	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
	A4357	Bolsa de drenaje para el lado de la cama, para el	2	Coloplast	COLOPLAST	2 por mes

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
		día o la noche, con o sin dispositivo antireflujo, con o sin tubo cada una				
	A4358	Bolsa de drenaje urinario, la pierna o el abdomen, de vinilo, con o sin tubo, con correas, cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	2 por mes
	A5102	Botella de drenaje para el lado de la cama con o sin tubos, rígidos o expandibles, cada una - UROLOGÍA	2	Coloplast	COLOPLAST	1 cada 3 meses (urología)
	A4332	Lubricante, paquete estéril individual, cada uno	2	Coloplast	COLOPLAST	200 por mes
	A4351	Catéter urinario intermitente; punta recta, con o sin recubrimiento (teflón, silicona, elastómero de silicona o hidrófilo, etc.), cada uno	2	Coloplast	COLOPLAST	200 por mes
	A4352	Catéter urinario intermitente; punta curvada, con o sin recubrimiento (teflón, silicona, elastómero de silicona o hidrófilo, etc.), cada uno	2	Coloplast	COLOPLAST	200 por mes
	A4353	Catéter urinario intermitente, con suministros de inserción	2	Coloplast	COLOPLAST	200 por mes
	A5112	Bolsa de drenaje urinario, la pierna o el abdomen, de látex, con o sin tubo, con correas, cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
	A5102	Botella de drenaje para el lado de la cama con o sin tubos, rígidos o	2	Coloplast	COLOPLAST	1 cada 3 meses (ostomía)

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
		expandibles, cada una - OSTOMÍA				
	A4362	Barrera de la piel; sólido 4 x 4 o equivalente; cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A4364	Adhesivo, líquido o similar, cualquier tipo, por onza.	2	Coloplast	COLOPLAST	4 por mes
	A4367	Cinturón de ostomía, cada uno	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
	A4369	Barrera para la piel de ostomía, líquido (<i>spray</i> , cepillo, etc.), por onza	2	Coloplast	COLOPLAST	2 por mes
	A4377	Bolsa de ostomía drenable para uso en placa frontal, de plástico, cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	10 por mes
	A4381	Bolsa de ostomía de plástico, urinario, para uso en la placa frontal; cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	10 por mes
	A4397	Suplido para irrigación, manga; cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	4 por mes
	A4402	Lubricante, por onza	2	Coloplast	COLOPLAST	4 por mes
	A4404	Anillo de ostomía, cada uno	2	Coloplast	COLOPLAST	10 por mes
	A4405	Barrera de la piel de ostomía, pasta (no contiene pectina); por onza	2	Coloplast	COLOPLAST	4 por mes
	A4406	Barrera de la piel de ostomía, pasta a base de pectina; por onza	2	Coloplast	COLOPLAST	4 por mes
	A4414	Barrera de la piel de ostomía, con brida (pestaña) (sólido, flexible o acordeón) sin convexidad incorporada, 4x4 pulgadas o más pequeño, cada uno	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
	A4415	Barrera de la piel de ostomía, con brida (pestaña) (sólido, flexible o acordeón) sin convexidad incorporada, mayor de 4x4 pulgadas, cada uno	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A4416	Bolsa de ostomía, cerrada, con barrera unida, con filtro (1 pieza), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
	A4417	Bolsa de ostomía, cerrada, con barrera unida y convexidad incorporada, con filtro (1 pieza), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
	A4418	Bolsa de ostomía, cerrado; sin barrera unida, con filtro (1 pieza); cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
	A4419	Bolsa de ostomía, cerrada; para uso en barrera con brida (pestaña), sin bloqueo, con filtro (2 piezas); cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
	A4420	Bolsa de ostomía, cerrada; para uso en barrera con brida de bloqueo (pestaña), (2 piezas); cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
	A4422	Material absorbente de ostomía (hoja, almohadilla, paquete de cristal) para uso en la bolsa de ostomía, para espesar el líquido en la salida del estoma; cada uno	2	Coloplast	COLOPLAST	Basado en órdenes médicas
	A4423	Bolsa de ostomía, cerrada; para uso en barrera con brida	2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
		(pestaña) de fijación; con filtro (2 piezas); cada una				
	A4424	Bolsa de ostomía drenable, con barrera incluida, con filtro (1 pieza), cada uno	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A4425	Bolsa de ostomía, drenable; para uso en barrera con brida (pestaña) sin bloqueo, con filtro (sistema de 2 piezas), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A4426	Bolsa de ostomía, drenable; para uso en barrera con brida (pestaña) de fijación (sistema de 2 piezas), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A4427	Bolsa de ostomía, drenable; para uso en barrera con brida (pestaña) de fijación, con filtro (sistema de 2 piezas), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A4429	Bolsa de ostomía, urinaria, con barrera incluida, con una función de convexidad incorporada, con el tipo de grifo con válvula (1 pieza), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A4431	Bolsa de ostomía, urinaria; con barrera incluida, con el tipo de grifo con válvula (1 pieza), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A4432	Bolsa de ostomía, urinario; para uso en barrera con brida sin bloqueo, con el tipo de	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
		grifo con válvula (2 piezas), cada una				
	A4433	Bolsa de ostomía, urinario; para uso en barrera con brida de fijación (2 piezas), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A4434	Bolsa de ostomía, urinario; para su uso en barrera con bloqueo de brida, con el tipo de grifo con válvula (2 piezas), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A4450	Cinta adhesiva que no es a prueba de agua, por 18 pulgadas cuadradas	2	Coloplast	COLOPLAST	40 por mes
	A4452	Cinta adhesiva a prueba de agua, por 18 pulgadas cuadradas	2	Coloplast	COLOPLAST	40 por mes
	A5051	Bolsa de ostomía cerrada con barrera adjunta (una pieza), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
	A5052	Bolsa de ostomía cerrada sin barrera (una pieza), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
	A5053	Bolsa de ostomía, cerrada; para uso en placa frontal, cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
	A5054	Bolsa de ostomía, cerrado; para uso en barrera con brida (2 piezas), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
	A5055	Tapa de estoma	2	Coloplast	COLOPLAST	31 por mes
	A5056	Bolsa de ostomía, drenable, con barrera de uso extendido adjunta, con filtro (1 pieza), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	40 por mes

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
	A5057	Bolsa de ostomía, drenable, con barrera de uso extendido adjunta, con convexidad integrada, con filtro (1 pieza), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	40 por mes
	A5061	Bolsa de ostomía, drenable; con barrera adjunta (1 pieza), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A5062	Bolsa de ostomía drenable sin barrera adjunta (1 pieza), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A5063	Bolsa de ostomía, drenable; para su uso en barrera con brida (sistema de 2 piezas), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A5071	Bolsa de ostomía, urinaria; con barrera adjunta (1 pieza), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A5072	Bolsa de ostomía, urinaria, sin barrera adjunta (1 pieza), cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A5073	Bolsa de ostomía, urinaria; para uso en barrera con brida (pestaña) (2 piezas); cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A5081	Plug para estoma o sello, cualquier tipo	2	Coloplast	COLOPLAST	31 por mes
	A5082	Dispositivo continente; catéter para estoma del continente	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
	A5083	Cubierta de absorción para estoma continente	2	Coloplast	COLOPLAST	150 por mes
	A5093	Accesorio para la ostomía; <i>plug</i> convexo	2	Coloplast	COLOPLAST	10 por mes

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
	A5121	Barrera de piel sólida tamaño 6X6, o equivalente, cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A5122	Barrera de piel sólida tamaño 8X8, o equivalente, cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A5126	Disco o almohadilla de espuma adhesivo o no adhesivo	2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
	A5131	Limpiador para equipo, equipo de ostomía y de incontinencia, por 16 onzas	2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
	A6216	Gasas, no impregnadas, no estériles, tamaño de la almohadilla 16 pulgadas cuadradas o menos, sin borde adhesivo, cada vendaje	2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
	A4361	Placa frontal de ostomía cada uno	2	Coloplast	COLOPLAST	3 por 6 meses
	A4371	Barrera para la piel, en polvo, por onza	2	Coloplast	COLOPLAST	10 por 6 meses
	A4398	Suplido para irrigación de ostomía bolsa, cada una	2	Coloplast	COLOPLAST	2 por 6 meses
	A4399	Suplido para irrigación de ostomía; cono/catéter, con o sin cepillo	2	Coloplast	COLOPLAST	2 por 6 meses
	A4455	Removedor de pegamento o solvente (para cinta adhesiva, cemento u otro pegamento), por onza	2	Coloplast	COLOPLAST	16 por 6 meses
	A5120	Barreras para la piel, tipo toallas o hisopos, por onza	2	Coloplast	COLOPLAST	150 por 6 meses

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
Equipos y suministros de succión	E0600	Bomba de aspiración respiratoria, modelo de la casa, portátil o estacionaria, eléctrica	2	Drive Medical	DRIVE STATIONARY UNIT	1 cada 5 años
	A4624	Catéter de succión traqueal, de cualquier tipo que no sea de un sistema cerrado, cada una	2	GLOBAL HEALTH CARE	CARDINAL	90 por mes con diagnóstico de traqueotomía; 12 por mes para succión oral
Grúas médicas	E0630	Elevador de pacientes, hidráulico o mecánico, incluye cualquier asiento, cabestrillo, correa(s) o almohadilla(s) (HOYER)	2	Drive Medical	DRIVE	1 cada 5 años
	E0630	Elevador de pacientes, hidráulico o mecánico, incluye cualquier tipo de asiento, cabestrillo, correa o almohadillas (BARIATRIC)	1	Drive Medical	DRIVE	1 cada 5 años
	E0635	Elevador de pacientes, eléctrica con asiento o cabestrillo	1	Drive Medical	DRIVE	1 cada 5 años
Inodoros portátiles	E0163	Silla higiénica, móvil o fija, con los brazos fijos	2	Drive Medical	DRIVE	1 cada 5 años
	E0165	Silla higiénica, móvil o fija, con los brazos desmontables	2	Drive Medical	DRIVE	1 cada 5 años
	E0168	Silla higiénica, extra ancha y/o alta resistencia, fija o móvil, con o sin brazos, de cualquier tipo, cada una	2	Drive Medical	DRIVE	1 cada 5 años

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
Monitores y suministros para diabetes	A4253	Tirillas de prueba de glucosa en sangre o reactivas para el monitor de glucosa para la casa, por cada 50 tirillas	2	TRIVIDIA	TRUE METRIX	100 cada 3 meses si no utiliza insulina o 300 cada 3 meses si utiliza insulina
	E0607	Monitor de glucosa en sangre para la casa	2	TRIVIDIA	TRUE METRIX	1 cada 5 años
	E2100	Monitor de glucosa en sangre con sintetizador de voz integrado	1	HomeAid	EASY TALK	1 cada 5 años
	A4259	Lancetas, por caja de 100	2	HomeAid	EASY COMFORT TWIST TOP	100 cada 3 meses si no utiliza insulina o 300 cada 3 meses si utiliza insulina
MPCs	E0935	Dispositivo de ejercicio de movimiento pasivo continuo para uso en la rodilla únicamente	2	Kinetec USA	CPM KINETEC	1 para 21 días
Nebulizadores	E0570	Nebulizador, con compresor	2	Drive Medical	POWER NEB ULTRA NEBULIZER	1 cada 5 años
Sillas de ruedas y cojines	E2601	Cojín para asiento de silla de ruedas de uso general, ancho de menos de 22 pulgadas, cualquier profundidad	1	Drive Medical	DRIVE	1 cada 5 años
	E2602	Cojín para asiento de silla de ruedas de uso general, ancho de 22	1	Drive Medical	DRIVE	1 cada 5 años

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
		pulgadas o más, cualquier profundidad				
	E2603	Cojín para asiento de silla de ruedas para protección de la piel, ancho de menos de 22 pulgadas, cualquier profundidad	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E2604	Cojín para asiento de silla de ruedas para protección de la piel, 22 pulgadas o más, cualquier profundidad	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E2605	Cojín para asiento de silla de ruedas de posiciones, ancho de menos de 22 pulgadas, cualquier profundidad	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	K0003	Silla de ruedas, liviana	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E1038	Silla de transporte, tamaño adulto, capacidad de peso del paciente hasta e incluyendo 300 libras	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E1039	Silla de transporte, tamaño adulto, de alta resistencia, capacidad de peso del paciente superior a 300 libras	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	E1235	Silla de ruedas, tamaño pediátrico, rígida, ajustable, con sistema de asiento	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	K0001	Silla de ruedas estándar	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	K0004	Silla de ruedas liviana de alta resistencia	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	K0006	Silla de ruedas de alta resistencia	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
	K0007	Silla de ruedas extra resistente	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
Suministros para linfedema	E0669	Aparato neumático segmental para el uso con compresor neumático, mitad de la pierna	I	Bio Compression	HYDROVEN GARMENT	I cada 5 años
Suministros para traqueostomía	A7520	Tubo de la traqueotomía/ laringectomía, no unida, de cloruro de polivinilo (PVC), de silicona o similares, cada uno	2	Medtronic	SHILEY	I por 3 meses
	A4605	Catéter de succión traqueal, sistema cerrado, cada uno	I	Halyard Health	KIM VENT (BALLARD)	Basado en órdenes médicas
Terapia de herida de presión negativa	A6550	Vendaje para Bomba de terapia de herida de presión negativa	I	Genadyne	GENADYNE	15 cada mes
	E2402	Bomba de terapia de herida de presión negativa	I	Genadyne	GENADYNE	I cada 5 años
Vehículos eléctricos y motorizados	E1230	Vehículo motorizado, (tres o cuatro ruedas no de carretera) especificar el nombre de la marca y número de modelo	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	K0010	Silla de ruedas eléctrica/motorizada, marco de peso estándar	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años
	K0011	Silla de ruedas eléctrica/motorizada, marco de peso estándar, con parámetros de control programables para el ajuste de la velocidad, amortiguación de	I	Drive Medical	DRIVE	I cada 5 años

1	2	3	4	5	6	7
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME	Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
		temblor, control de aceleración y frenado				
	K0800	Vehículo de operación mecánica, estándar grupo 1, capacidad de peso del paciente hasta e incluyendo 300 libras	I	Drive Medical	DRIVE	1 cada 5 años
	K0823	Silla de ruedas eléctrica, estándar grupo 2, silla de capitanes, capacidad de peso del paciente hasta e incluyendo 300 libras	I	Drive Medical	DRIVE	1 cada 5 años
	K0824	Silla de ruedas eléctrica, alta resistencia, grupo 2, asiento/espaldar cabestrillo/sólido, capacidad de peso del paciente 301 a 450 libras	I	Drive Medical	DRIVE	1 cada 5 años

MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan OSS con un contrato Medicare. MCS Classicare es un plan OSS con un contrato Medicare y con un contrato con el Programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato.

MCS Advantage, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MCS Advantage, Inc. complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

MCS Advantage, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182)。