

FORMULARIO DE EQUIPO MÉDICO DURADERO



2026

MCS | Classicare_(HMO)

Formulario de Equipo Médico Duradero

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

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 PREAUTORIZACIÓN.

Este formulario es efectivo al 1 de enero de 2025. Si tienes preguntas, por favor llama a nuestro centro de llamadas al 1-866-627-8183 (libre de cargos) o al 1-866-627-8182 (usuarios de TTY). Puedes llamarnos de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre. También puedes visitar nuestra página de internet en www.mcsclassicare.com.

Este formulario aplica a todos los afiliados de MCS Classicare. Por favor, revisa este documento para identificar si hay equipo o suministros sujetos a los requisitos contenidos en este formulario.

Este documento incluye la lista de equipo médico duradero sujeto a una marca específica o fabricante específico para nuestro plan. Los DMEs 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 preautorización.

¿Qué es el Formulario de Equipo Médico Duradero (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.

¿El formulario puede cambiar?

Por lo general, si estás utilizando uno de los artículos que aparecen en nuestro formulario y el artículo estaba cubierto a principios del año, podríamos no descontinuar o reducir la cubierta para el artículo durante el año de cubierta 2026, (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 cubierta?

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

- **Preautorización:** MCS Classicare requiere que tú, o tu médico, o un representante autorizado que sea nombrado por ti, obtenga una preautorización para ciertos artículos. Esto significa que necesitas obtener una aprobación de MCS Classicare antes de recibir el equipo/suministros o el servicio relacionado. Si no obtienes aprobación previa, MCS Classicare puede no cubrir el artículo.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos artículos, MCS Classicare limita la cantidad de suministros que cubrirá.

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

Puedes 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 tu condición de salud. Ver la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Equipo Médico Duradero (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 tus suministros o equipo no se incluyen en este formulario, comunícate primero con nuestro Centro de Llamadas y pregunta si tus suministros/equipo están cubiertos. Si el representante de nuestro Centro de Llamadas te 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 preautorización. Puedes enviar 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, de lunes a viernes de 8:30 a.m. - 5:30 p.m.

Durante el primer año de inscripción de un afiliado en un plan Medicare Advantage (MA), si el afiliado lo solicita, el plan proporcionará un período de transición de 90 días (comenzando con el tiempo inicial de inscripción) durante el cual el plan proporciona (incluyendo reparaciones, según corresponda) marcas no preferidas de DME suministradas el año anterior.

Si te indican que MCS Classicare no cubre tus suministros/equipo, puedes solicitarle a MCS Classicare que haga una excepción para cubrir tus suministros/equipo. A continuación, busca la información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Equipo Médico Duradero (DME) de MCS Classicare?

Puedes solicitar a MCS Classicare que haga una excepción a las reglas de cubierta. Para evaluar una excepción es importante que tu médico realice la petición incluyendo una justificación que especifique porque el artículo, la marca, el fabricante o el límite en este formulario no puede cubrir la necesidad médica. Existen varios tipos de excepciones que nos puedes solicitar:

- Nos puedes solicitar que cubramos un artículo de una marca o fabricante diferente.
- Nos puedes solicitar que cubramos un artículo si el mismo no se encuentra listado como un servicio cubierto. De ser aprobado, el artículo será cubierto.
- Nos puedes solicitar que eliminemos las restricciones de cubierta o los límites para el 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 puedes solicitar que eliminemos el límite y cubramos una cantidad mayor. MCS Classicare validará, en coordinación con el médico que prescribe, la necesidad médica de dicha solicitud.

Llama a nuestro Centro de Llamadas a los números de teléfono mencionados arriba o refiérete a tu Evidencia de Cubierta 2026 la cual te informa cómo solicitar decisiones de cubierta, apelaciones y quejas.

Para más información

Para información más detallada acerca de tu cubierta de equipo médico duradero bajo MCS Classicare, por favor consulta tu Evidencia de Cubierta 2026.

Formulario de Equipo Médico Duradero (DME) de MCS Classicare

El formulario provee información de cubierta 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. Puedes comenzar tu 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 tu conveniencia, en la próxima página te proveemos una lista en orden alfabético de las categorías 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	Este es el número del DME o suministro. Esta información es relevante para tu médico y para el suplidor.
Columna 3	Descripción del DME	Incluye el nombre del DME o los suministros
Columna 4	Nivel del DME	Clasifica en dos (2) categorías los servicios que hay en el formulario: Nivel 1: Siempre requiere preautorización. Solo está cubierta la marca preferida columna 6 y límite específico en columna 7. (Si el médico considera necesario un fabricante, marca o cantidad diferente, se requiere justificación de tu médico). Nivel 2: No requiere preautorización. Tu médico debe enviar una solicitud de preautorización con justificación si cree que un fabricante, marca o cantidad diferente es necesario. * Importante: La justificación de tu médico debe indicar por qué la marca preferida no cubre la necesidad médica.
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.

TABLA DE CONTENIDO

Andadores y andadores con ruedas	6
Camas y colchones de hospital	6
Dispositivos de compresión torácica	6
Dispositivos estimuladores de tos	6
Equipo de oxígeno	6
Equipo o suministros CPAP y BIPAP	8
Equipo o suministros nutricionales/enterales	8
Equipo o suministros urológicos/de ostomía	10
Equipos y suministros de succión	18
Grúas médicas	18
Inodoros portátiles	18
Monitores y suministros para diabetes	18
MPCs	18
Nebulizadores	18
Sillas de ruedas y cojines	20
Suministros para Linfedema	20
Suministros para traqueostomía	20
Terapia de herida de presión negativa	20
Vehículos eléctricos y motorizados	20

1	2	3
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME
Andadores y andadores con ruedas	E0143	Andador, plegable con ruedas de altura ajustable o fijas/Rollator
	E0156	Fijador del asiento para el andador con ruedas
	E0135	Andador plegable (fácil de levantar), altura ajustable o fija
	E0148	Andador de alta resistencia de peso, sin ruedas, rígido o plegable de cualquier tipo, cada uno
	E0149	Andador de alta resistencia de peso, con ruedas, rígido o plegable, cualquier tipo
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
	E0260	Cama de hospital, semi-eléctrica (con ajuste de cabecera y piecera), con cualquier tipo de rieles con colchón
	E0261	Cama de hospital, semi-eléctrica, sin colchón (con ajuste de cabecera y piecera), con cualquier tipo de rieles
	E0271	Colchón, resortes internos
	E0272	Colchón, espuma sintética elástica
	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
	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
	E0181	Recubrimiento de colchón para reducción de la presión, motorizado, alterno, con bomba, incluye alta resistencia
	E0184	Colchón de presión en seco
	E0185	Almohadilla de presión en gel o similar a un gel para colchón, longitud y ancho de un colchón estándar
	E0277	Colchón de aire motorizado para reducir la presión
	E0190	Cojín/almohada/cuña de posicionamiento
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
Dispositivos estimuladores de tos	E0482	Dispositivo estimulante de tos, alternando la presión positiva y negativa de las vías respiratorias
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
	E1392	Concentrador de oxígeno portátil, alquiler
	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

4	5	6	7
Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
I	Medline / Drive Medical	Basic Rollator	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Basic Rollator	I cada 5 años
2	Medline / Drive Medical	Basic Walker	I cada 5 años
I	Medline	Basic Walker	I cada 5 años
I	Medline	Basic Walker	I cada 5 años
I	Medline	Medline	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline	Medline	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline	Medline	I cada 5 años
I	Afflovest/Philips	CHEST COMPRESSION	I cada 5 años
I	Disponibilidad va a depender de la lista de productos registrados en Medicare	Disponibilidad va a depender de la lista de productos registrados en Medicare	I cada 5 años
I	Caire	Helios	I cada 5 años
I	Belluscura / Drive Medical / Rhythm	Belluscura / Drive Medical / Rhythm	I cada 5 años
I	Drive Medical / Rhythm Healthcare	Drive Medical / Rhythm Healthcare	I cada 5 años

1	2	3
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME
Equipo o suministros CPAP y BIPAP	A7030	Máscara facial completa utilizada con dispositivo de presión positiva de las vías respiratorias, cada una
	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
	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)
	E0561	Humidificador, no termal, se utiliza con el dispositivo de presión positiva de las vías respiratorias
	E0562	Humidificador, climatizado, que se utiliza con un dispositivo de presión positiva de las vías respiratorias
	E0601	Dispositivo de presión positiva continua en vía aérea (CPAP)
	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)
Equipo o suministros nutricionales/ enterales	B4035	Equipo de suministros de alimentación enteral; 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

4	5	6	7
Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
2	React Health / Resmed / Respironics	SIESTA, F20, AMARA VIEW, AND DREAMWEAR	1 por 3 mes
2	React Health / Resmed / Respironics	SIESTA, N20, DREAMWEAR, WISP	1 por 3 mes
1	React Health	React Health	1 cada 5 años
2	React Health Manufactureros con limitación de disponibilidad de inventario, marca y modelo disponible será entregada al paciente. Se recomienda a los médicos no incluir marca o modelo en las ordenes medicas.	React Health	1 cada 5 años
2	React Health Manufactureros con limitación de disponibilidad de inventario, marca y modelo disponible será entregada al paciente. Se recomienda a los médicos no incluir marca o modelo en las ordenes medicas.	React Health	1 cada 5 años
1	React Health Manufactureros con limitación de disponibilidad de inventario, marca y modelo disponible será entregada al paciente. Se recomienda a los médicos no incluir marca o modelo en las ordenes medicas.	React Health	1 cada 5 años
1	React Health Manufactureros con limitación de disponibilidad de inventario, marca y modelo disponible será entregada al paciente. Se recomienda a los médicos no incluir marca o modelo en las ordenes medicas.	React Health	1 cada 5 años
2	Medline	EntraFlow	30 por mes
2	Avanos/Medline	Mic/Medline	1 cada 3 meses

1	2	3
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME
Equipo o suministros nutricionales/ enterales (continuación)	B4088	Tubo de gastrostomía / yeyunostomía, de perfil bajo, cualquier material, cualquier tipo, cada uno
	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
	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
	B4152	Fórmula enteral, nutricionalmente completa, en calorías (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
	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
	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
	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
	B9002	Bomba de infusión de nutrición enteral con alarma
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.)
	A4312	Bandeja de inserción sin bolsa de drenaje con catéter permanente, tipo Foley, de dos vías, todas de silicona
	A4313	Bandeja de inserción sin bolsa de drenaje con catéter permanente, tipo Foley, de tres vías, para la irrigación continua
	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.)

4	5	6	7
Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
2	Avanos	Mic-Key	1 cada 3 meses
1	Ross/Abbott	ALL BRANDS	Basado en órdenes médicas
1	Ross/Abbott	ALL BRANDS	Basado en órdenes médicas
1	Ross/Abbott	ALL BRANDS	Basado en órdenes médicas
1	Ross/Abbott	ALL BRANDS	Basado en órdenes médicas
1	Ross/Abbott	ALL BRANDS	Basado en órdenes médicas
1	Ross/Abbott	ALL BRANDS	Basado en órdenes médicas
2	Medline	Entraflo	1 cada 5 años
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes

1	2	3
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME
Equipo o suministros urológicos/ de ostomía (continuación)	A4315	Bandeja de inserción con la bolsa de drenaje con catéter permanente, tipo Foley, de dos vías, todas de silicona
	A4316	Bandeja de inserción con la bolsa de drenaje con catéter permanente, tipo Foley, de tres vías, para la irrigación continua
	A4338	Sonda permanente; tipo Foley, de dos vías de látex con recubrimiento (teflón, silicona, elastómero de silicona o hidrófilo, etc.), cada uno
	A4340	Sonda permanente; tipo especial, por ejemplo; “coude”, “mushroom”, ala, etc.), cada una
	A4344	Catéter permanente, de tipo Foley, de dos vías, todo de silicona, cada uno
	A4346	Sonda permanente; Tipo de Foley, tres vías para la irrigación continua, cada una
	A4354	Bandeja de inserción con la bolsa de drenaje, pero sin catéter
	A4357	Bolsa de drenaje para el lado de la cama, para el 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
	A5102	Botella de drenaje para el lado de la cama con o sin tubos, rígidos o expandibles, cada una - UROLOGÍA
	A4332	Lubricante, paquete estéril individual, cada uno
	A4351	Catéter urinario intermitente; punta recta, con o sin recubrimiento (teflón, silicona, elastómero de silicona o hidrófilo, etc.), cada uno
	A4352	Catéter urinario intermitente; punta curvada, con o sin recubrimiento (teflón, silicona, elastómero de silicona o hidrófilo, etc.), cada uno
	A4353	Catéter urinario intermitente, con suministros de inserción
	A5112	Bolsa de drenaje urinario, la pierna o el abdomen, de látex, con o sin tubo, con correas, cada una
	A5102	Botella de drenaje para el lado de la cama con o sin tubos, rígidos o expandibles, cada una - OSTOMÍA

4	5	6	7
Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
2	Cardinal	Cardinal	2 por mes
2	Coloplast Nefrostomía: Uresil	Coloplast Nefrostomía: Uresil	2 por mes Nefrostomía: Uresil 2 por mes si es unilateral y 4 por mes si es bilateral.
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	1 cada 3 meses (urología)
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	200 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	200 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	200 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	200 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	1 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	1 cada 3 meses (ostomía)

1	2	3
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME
Equipo o suministros urológicos/ de ostomía (continuación)	A4362	Barrera de la piel; sólido 4 x 4 o equivalente; cada una
	A4364	Adhesivo, líquido o similar; cualquier tipo, por onza.
	A4367	Cinturón de ostomía, cada uno
	A4369	Barrera para la piel de ostomía, líquido (spray, cepillo, etc.), por onza
	A4377	Bolsa de ostomía drenable para uso en placa frontal, de plástico, cada una
	A4381	Bolsa de ostomía de plástico, urinario, para uso en la placa frontal; cada una
	A4402	Lubricante, por onza
	A4404	Anillo de ostomía, cada uno
	A4405	Barrera de la piel de ostomía, pasta (no contiene pectina); por onza
	A4406	Barrera de la piel de ostomía, pasta a base de pectina; por onza
	A4414	Barrera de la piel de ostomía, con brida (pestaña) (sólido, flexible o acordeón) sin convexidad incorporada, 4x4 pulgadas o más pequeño, cada uno
	A4415	Barrera de la piel de ostomía, con brida (pestaña) (sólido, flexible o acordeón) sin convexidad incorporada, mayor de 4x4 pulgadas, cada uno
	A4416	Bolsa de ostomía, cerrada, con barrera unida, con filtro (1 pieza), cada una
	A4417	Bolsa de ostomía, cerrada, con barrera unida y convexidad incorporada, con filtro (1 pieza), cada una
	A4418	Bolsa de ostomía, cerrado; sin barrera unida, con filtro (1 pieza); cada una
	A4419	Bolsa de ostomía, cerrada; para uso en barrera con brida (pestaña), sin bloqueo, con filtro (2 piezas); cada una
	A4420	Bolsa de ostomía, cerrada; para uso en barrera con brida de bloqueo (pestaña), (2 piezas); cada una
	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
	A4423	Bolsa de ostomía, cerrada; para uso en barrera con brida (pestaña) de fijación; con filtro (2 piezas); cada una
	A4424	Bolsa de ostomía drenable, con barrera incluida, con filtro (1 pieza), cada uno
	A4425	Bolsa de ostomía, drenable; para uso en barrera con brida (pestaña) sin bloqueo, con filtro (sistema de 2 piezas), cada una
	A4426	Bolsa de ostomía, drenable; para uso en barrera con brida (pestaña) de fijación (sistema de 2 piezas), cada una
	A4427	Bolsa de ostomía, drenable; para uso en barrera con brida (pestaña) de fijación, con filtro (sistema de 2 piezas), cada una
	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

4	5	6	7
Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	20 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	4 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	1 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	2 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	10 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	10 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	4 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	10 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	4 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	4 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	20 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	20 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	60 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	60 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	60 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	60 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	60 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	Basado en órdenes médicas
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	60 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	20 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	20 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	20 por mes
2	Convatec, Coloplast	Convatec, Coloplast	20 por mes

1	2	3
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME
Equipo o suministros urológicos/ de ostomía (continuación)	A4399	Suplido para irrigación de ostomía; cono/catéter; con o sin cepillo
	A4455	Removedor de pegamento o solvente (para cinta adhesiva, cemento u otro pegamento), por onza
	A5120	Barreras para la piel, tipo toallas o hisopos, por onza
	A4436	Bolsa de ostomía, cerrada; Para uso en barrera con brida de bloqueo (2 piezas), cada una
	A4437	Suministro de riego; funda, reutilizable, por mes
Equipos y suministros de succión	E0600	Bomba de aspiración respiratoria, modelo de la casa, portátil o estacionaria, eléctrica
	A4624	Catéter de succión traqueal, de cualquier tipo que no sea de un sistema cerrado, cada una
Grúas médicas	E0630	Elevador de pacientes, hidráulico o mecánico, incluye cualquier asiento, cabestrillo, correa(s) o almohadilla(s) (HOYER)
	E0630	Elevador de pacientes, hidráulico o mecánico, incluye cualquier tipo de asiento, cabestrillo, correa o almohadillas (BARIATRIC)
	E0635	Elevador de pacientes, eléctrica con asiento o cabestrillo
Inodoros portátiles	E0163	Silla higiénica, móvil o fija, con los brazos fijos
	E0165	Silla higiénica, móvil o fija, con los brazos desmontables
	E0168	Silla higiénica, extra ancha y/o alta resistencia, fija o móvil, con o sin brazos, de cualquier tipo, cada una
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
	E0607	Monitor de glucosa en sangre para la casa
	E2100	Monitor de glucosa en sangre con sintetizador de voz integrado
	A4259	Lancetas, por caja de 100
MPCs	E0935	Dispositivo de ejercicio de movimiento pasivo continuo para uso en la rodilla únicamente
Nebulizadores	E0570	Nebulizador; con compresor

4	5	6	7
Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
2	Coloplast	COLOPLAST	2 por 6 meses
2	Coloplast	COLOPLAST	16 por 6 meses
2	Coloplast	COLOPLAST	150 por 6 meses
1	Coloplast	Coloplast	1 por mes
1	Coloplast	Coloplast	1 por mes
2	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	1 cada 5 años
2	Curity Suction Catheter	Cardinal	90 por mes con diagnóstico de traqueotomía; 12 por mes para succión oral
2	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	1 cada 5 años
1	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	1 cada 5 años
1	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	1 cada 5 años
2	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	1 cada 5 años
2	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	1 cada 5 años
2	Medline	Medline	1 cada 5 años
2	TRIVIDIA	TRUE METRIX	100 cada 3 meses si no utiliza insulina o 300 cada 3 meses si utiliza insulina
2	TRIVIDIA	TRUE METRIX	1 cada 5 años
1	Embrace	Embrace	1 cada 5 años
2	Cardinal / Home Aide	Cardinal LAN001 / Home Aide 00116	100 cada 3 meses si no utiliza insulina o 300 cada 3 meses si utiliza insulina
2	Kinetec USA	CPM KINETEC	1 para 21 días
2	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	1 cada 5 años

1	2	3
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME
Sillas de ruedas y cojines	E2601	Cojín para asiento de silla de ruedas de uso general, ancho de menos de 22 pulgadas, cualquier profundidad
	E2602	Cojín para asiento de silla de ruedas de uso general, ancho de 22 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
	E2604	Cojín para asiento de silla de ruedas para protección de la piel, 22 pulgadas o más, cualquier profundidad
	E2605	Cojín para asiento de silla de ruedas de posiciones, ancho de menos de 22 pulgadas, cualquier profundidad
	K0003	Silla de ruedas, liviana
	E1038	Silla de transporte, tamaño adulto, capacidad de peso del paciente hasta e incluyendo 300 libras
	E1039	Silla de transporte, tamaño adulto, de alta resistencia, capacidad de peso del paciente superior a 300 libras
	E1235	Silla de ruedas, tamaño pediátrico, rígida, ajustable, con sistema de asiento
	K0001	Silla de ruedas estándar
	K0004	Silla de ruedas liviana de alta resistencia
	K0006	Silla de ruedas de alta resistencia
	K0007	Silla de ruedas extra resistente
Suministros para linfedema	E0669	Aparato neumático segmental para el uso con compresor neumático, mitad de la pierna
Suministros para traqueostomía	A7520	Tubo de la traqueotomía/ laringectomía, no unida, de cloruro de polivinilo (PVC), de silicona o similares, cada uno
	A4605	Catéter de succión traqueal, sistema cerrado, cada uno
Terapia de herida de presión negativa	A6550	Vendaje para Bomba de terapia de herida de presión negativa
	E2402	Bomba de terapia de herida de presión negativa
Vehículos eléctricos y motorizados	E1230	Vehículo motorizado, (tres o cuatro ruedas no de carretera) especificar el nombre de la marca y número de modelo
	K0010	Silla de ruedas eléctrica/motorizada, marco de peso estándar
	K0011	Silla de ruedas eléctrica/motorizada, marco de peso estándar, con parámetros de control programables para el ajuste de la velocidad, amortiguación de temblor, control de aceleración y frenado
	K0800	Vehículo de operación mecánica, estándar grupo 1, capacidad de peso del paciente hasta e incluyendo 300 libras
	K0823	Silla de ruedas eléctrica, estándar grupo 2, silla de capitanes, capacidad de peso del paciente hasta e incluyendo 300 libras
	K0824	Silla de ruedas eléctrica, alta resistencia, grupo 2, asiento/espaldar cabestrillo/sólido, capacidad de peso del paciente 301 a 450 libras

4	5	6	7
Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline	Medline	I cada 5 años
I	Drive Medical	Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline / Drive Medical	Medline / Drive Medical	I cada 5 años
I	Medline	Medline	I cada 5 años
I	Medline	Medline	I cada 5 años
I	Medline	Medline	I cada 5 años
I	Bio Compression	HYDROVEN GARMENT	I cada 5 años
2	Medtronic	SHILEY	I por 3 meses
I	Avanos	KIM VENT (BALLARD)	Basado en órdenes médicas
I	Smith & Nephew	RENASYS	I 5 cada mes
I	Smith & Nephew	RENASYS	I cada 5 años
I	Merits / Drive Medical	Merits / Drive Medical	I cada 5 años
I	Merits / Drive Medical	Merits / Drive Medical	I cada 5 años
I	Merits / Drive Medical	Merits / Drive Medical	I cada 5 años
I	Merits / Drive Medical	Merits / Drive Medical	I cada 5 años
I	Merits / Drive Medical	Merits / Drive Medical	I cada 5 años
I	Merits / Drive Medical	Merits / Drive Medical	I cada 5 años

Notice of availability of language assistance services and auxiliary aids and services

English: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Español: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Chinese: 如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) an.

Korean: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) 로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Arabic: رفوتت. لكل ةحاتم ةيناجملا ةيوجلللا ةدعاسملا تامدخ نإف ، ةيبرعلا ثدحتت تنك اذا. أناجم اهيلل لوصولا نكمي تاقيسي سنتب تامولعمل ري فوتل ةبسانملا تادعاسملا تامدخل او تادعاسملا. أناجم اهيلل لوصولا نكمي تاقيسي سنتب تامولعمل ري فوتل ةبسانملا تادعاسملا تامدخل او تادعاسملا. 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Italian: Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Portuguese: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

French Creole: Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक एड्स और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। कॉल 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182)।

Japanese: 日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) に電話します。

Salud Completa

MCS Classicare

(HMO)

MCS Classicare es un plan HMO ofrecido por MCS Advantage, Inc. H3706_2990825_C



1.866.627.8183

(Libre de costo)



1.866.627.8182

TTY (Audio impedidos)

Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo.
Nuestro horario del 1 de abril al 30 de septiembre es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.