

FORMULARIO DE EQUIPO MÉDICO DURADERO



2025

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 medicamente 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 2025, (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 2025 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 2025.

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 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 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).</p> <p>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.</p> <p>* Importante: La justificación de tu médico debe indicar por qué la marca preferida no cubre la necesidad médica.</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.

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	Medline	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	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	Chart Industries	HELIOS	I cada 5 años
I	Lifestyle / Drive Medical	Lifestyle / Drive Medical	I cada 5 años
I	React Health / Rhythm Healthcare	React Health / 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)
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 / Respiroics	SIESTA, F20, AMARA VIEW, AND DREAMWEAR	1 por 3 mes
2	React Health / Resmed / Respiroics	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
1	Ross/Abbott	ALL BRANDS	Basado en órdenes médicas
2	Medline	COMPAT	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)	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.)
	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	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	Coloplast	COLOPLAST	1 cada 3 meses (urología)
2	Coloplast	COLOPLAST	200 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	200 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	200 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	200 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	200 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
2	Coloplast	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	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	4 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	2 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	10 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	10 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	4 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	10 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	4 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	4 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	Basado en órdenes médicas
2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes

1	2	3
Categoría	Código HCPCS	Descripción de DME
Equipo o suministros urológicos/ de ostomía (continuación)	A4431	Bolsa de ostomía, urinaria; con barrera incluida, con el tipo de grifo con válvula (1 pieza), cada una
	A4432	Bolsa de ostomía, urinario; para uso en barrera con brida sin bloqueo, con el tipo de grifo con válvula (2 piezas), cada una
	A4433	Bolsa de ostomía, urinario; para uso en barrera con brida de fijación (2 piezas), cada una
	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
	A4450	Cinta adhesiva que no es a prueba de agua, por 18 pulgadas cuadradas
	A4452	Cinta adhesiva a prueba de agua, por 18 pulgadas cuadradas
	A5051	Bolsa de ostomía cerrada con barrera adjunta (una pieza), cada una
	A5052	Bolsa de ostomía cerrada sin barrera (una pieza), cada una
	A5053	Bolsa de ostomía, cerrada; para uso en placa frontal, cada una
	A5054	Bolsa de ostomía, cerrado; para uso en barrera con brida (2 piezas), cada una
	A5055	Tapa de estoma
	A5056	Bolsa de ostomía, drenable, con barrera de uso extendido adjunta, con filtro (1 pieza), cada una
	A5057	Bolsa de ostomía, drenable, con barrera de uso extendido adjunta, con convexidad integrada, con filtro (1 pieza), cada una
	A5061	Bolsa de ostomía, drenable; con barrera adjunta (1 pieza), cada una
	A5062	Bolsa de ostomía drenable sin barrera adjunta (1 pieza), cada una
	A5063	Bolsa de ostomía, drenable; para su uso en barrera con brida (sistema de 2 piezas), cada una
	A5071	Bolsa de ostomía, urinaria; con barrera adjunta (1 pieza), cada una
	A5072	Bolsa de ostomía, urinaria, sin barrera adjunta (1 pieza), cada una
	A5073	Bolsa de ostomía, urinaria; para uso en barrera con brida (pestaña) (2 piezas); cada una
	A5081	Plug para estoma o sello, cualquier tipo
	A5082	Dispositivo continente; catéter para estoma del continente
	A5083	Cubierta de absorción para estoma continente
	A5093	Accesorio para la ostomía; plug convexo
	A5121	Barrera de piel sólida tamaño 6X6, o equivalente, cada una
	A5122	Barrera de piel sólida tamaño 8X8, o equivalente, cada una
	A5126	Disco o almohadilla de espuma adhesivo o no adhesivo
	A5131	Limpiador para equipo, equipo de ostomía y de incontinencia, por 16 onzas
	A6216	Gasas, no impregnadas, no estériles, tamaño de la almohadilla 16 pulgadas cuadradas o menos, sin borde adhesivo, cada vendaje
	A4361	Placa frontal de ostomía cada uno
	A4371	Barrera para la piel, en polvo, por onza
	A4398	Suplido para irrigación de ostomía bolsa, cada una

4	5	6	7
Nivel de DME	Fabricante	Marca	Límites
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	40 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	40 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	31 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	40 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	40 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	31 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	150 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	10 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	20 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	1 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	60 por mes
2	Coloplast	COLOPLAST	3 por 6 meses
2	Coloplast	COLOPLAST	10 por 6 meses
2	Coloplast	COLOPLAST	2 por 6 meses

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	KIMVENT (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

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-627-8183. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-627-8183. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费^的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物^的保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-866-627-8183。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-866-627-8183。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-627-8183. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-627-8183. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-627-8183 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-627-8183. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-627-8183 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-627-8183. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-627-8183. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-627-8183 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-627-8183. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-627-8183. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-627-8183. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-627-8183. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、 1-866-627-8183 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Salud Completa

MCS Classicare

(HMO)

MCS Classicare es un plan HMO suscrito por MCS Advantage, Inc. H5577_2580724_C

¡LLAMA AHORA!



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.