

Nombre de la política	Política clínica: Oftalmoscopia extendida
Número de la política	1335.00
Departamento	Productos Clínicos y Estrategia (Clinical Product & Strategy)
Subcategoría	Administración médica
Fecha de aprobación original	03/08/2019
Fecha de aprobación de MPC/CMO actual	07/12/2023
Fecha de entrada en vigencia actual	10/01/2023

Entidades de la compañía compatibles (Seleccione todas las opciones que correspondan) <input checked="" type="checkbox"/> Superior Vision Benefit Management <input checked="" type="checkbox"/> Superior Vision Services <input checked="" type="checkbox"/> Superior Vision of New Jersey, Inc. <input checked="" type="checkbox"/> Block Vision of Texas, Inc., nombre comercial: Superior Vision of Texas <input checked="" type="checkbox"/> Davis Vision (Denominadas en conjunto "Versant Health" o "la Compañía")
--

SIGLAS o DEFINICIONES
n/c

PROPÓSITO

Proporcionar los criterios de necesidad médica que respalden las indicaciones de los procedimientos de oftalmoscopia extendida. También se definen los códigos de procedimientos vigentes.

POLÍTICA

A. ANTECEDENTES

La oftalmoscopia extendida es el examen minucioso de la retina o el nervio óptico en casos de enfermedad o lesión graves y siempre incluye un dibujo del fondo de ojo y estructuras asociadas (vítreo, vasos sanguíneos, nervio óptico) con interpretación e informe. Se hace con más frecuencia utilizando de 20 o 78 lentes de dioptrías, aunque también es posible mediante biomicroscopio para lentes de contacto. Es posible que requiera depresión escleral y que se haga de forma habitual con la pupila dilatada, a menos que esté

contraindicado por el médico. Solamente la practica un médico cuando se necesita un examen más detallado (incluyendo la periferia) después de la oftalmoscopia de rutina directa o indirecta. El examen debe utilizarse para tomar decisiones médicas para el paciente.

B. Medicamento necesarias

La necesidad de pruebas de diagnóstico medicamento necesarias comienza con señales, síntomas o antecedentes médicos pertinentes de una condición sobre la que el médico necesita más información.

1. La oftalmoscopia extendida es medicamento necesaria cuando la información recopilada en un examen oftalmológico, incluyendo la oftalmoscopia de rutina, no es suficiente para evaluar la enfermedad del paciente.
2. Se considera que la oftalmoscopia extendida está medicamento indicada para evaluar lesiones, anomalías o enfermedades en el fondo de ojo, la coroides o estructuras relacionadas. La patología debe estar presente para justificar un dibujo y, de este modo, poder verificar la necesidad médica.
3. Se debe indicar la necesidad médica por cada ojo. La oftalmoscopia extendida posterior es medicamento necesaria para la reevaluación del curso de la enfermedad. Es necesario hacer un dibujo de la retina solamente cuando hay una patología y, para la oftalmoscopia extendida posterior, cuando se presenta un cambio clínicamente significativo en la condición dibujada anteriormente o una condición grave nueva que no se había detectado anteriormente.

C. No medicamento necesarias

La oftalmoscopia extendida no se indica en las siguientes situaciones:

1. Oftalmoscopia extendida en un ojo sin señales, síntomas, enfermedad grave o anomalías durante un examen oftalmoscópico de rutina directo o indirecto.
2. Oftalmoscopia extendida repetida, en cada visita, sin un cambio clínicamente significativo de señales, síntomas, enfermedad o condición.
3. No hay un dibujo de la retina, con detalles suficientes, de una enfermedad grave o anomalía.
4. Oftalmoscopia extendida hecha durante el período de cirugía global de un procedimiento quirúrgico oftálmico para verificar el resultado esperado. Por ejemplo, la oftalmoscopia extendida después de la reparación con láser del desprendimiento de retina para comprobar si ha sido un procedimiento exitoso no debe facturarse ya que es un componente secundario de la atención postoperatoria.
5. La oftalmología extendida sin la justificación médica documentada en la historia clínica.

6. Cuando se hayan hecho otros exámenes oftalmológicos relacionados (p. ej., fotografía del fondo de ojo, angiografía, ultrasonido, tomografía de coherencia óptica, etc.), se afirmará que la oftalmoscopia extendida no será médicamente necesaria, a menos que proporcione información adicional (que no esté repetida). Por ejemplo, el reembolso no se debe efectuar en el caso de la oftalmoscopia extendida con dibujo del disco óptico después de una fotografía del fondo de ojo para un paciente con glaucoma.

D. Documentación

La necesidad médica está respaldada con documentación adecuada y completa en la historia clínica del paciente que describa el procedimiento y su justificación médica. Para las revisiones retrospectivas, se requiere el informe operativo completo y el plan médico de atención.

La documentación requerida incluye, como mínimo, los siguientes artículos, los que deben estar disponibles a solicitud para iniciar o continuar con los pagos anteriores. Cada página de la historia clínica debe ser legible e incluir la información de identificación adecuada del paciente (p. ej., nombre completo, fechas de servicio). El médico debe autenticar los servicios prestados/solicitados. El método utilizado debe ser firma manuscrita o electrónica. No se aceptan firmas estampadas.

1. La historia clínica del paciente debe incluir documentación que respalde la necesidad médica para la oftalmoscopia extendida por cada ojo. Esta documentación incluye, entre otros, los antecedentes médicos de interés, el examen físico y los resultados de pruebas o procedimientos de diagnóstico pertinentes. Todos los hallazgos, incluyendo el análisis longitudinal en la oftalmoscopia extendida posterior, y un plan de acción, deben documentarse en la historia clínica del paciente y, de este modo, respaldar la necesidad médica para la oftalmoscopia extendida.
2. Debe haber un dibujo de la retina por separado lo suficientemente detallado como para hacer un estudio longitudinal (margen de la retina al nervio periférico o al nervio óptico). Los dibujos detallados son grandes (al menos de 3 pulgadas), con escalas, etiquetados y suelen tener colores apropiados desde un punto de vista médico. Es posible que los dibujos no incluyan puntos de referencia anatómicos previamente impresos. Las horas reloj pueden imprimirse con anterioridad para una mejor precisión. Las zonas pueden imprimirse con anterioridad para los casos pediátricos, tales como la retinopatía del prematuro.
3. Las anomalías del nervio óptico deben documentarse en un dibujo separado de las de la retina. Por ejemplo, excavación, reborde de la papila óptica, palidez y pendiente de cualquier patología que rodea el nervio óptico.
4. La documentación en la historia clínica del paciente para un diagnóstico de glaucoma debe incluir lo siguiente: La documentación del método específico de examen (p. ej., lente, depresión escleral, instrumentos utilizados) debe mantenerse en la historia clínica.
5. La documentación para respaldar el monitoreo de la neurotoxicidad o la toxicidad retiniana asociada con determinados medicamentos (p. ej., la hidroxycloroquina) tal

como se indica con el código de diagnóstico primario Z79.899, tratamiento farmacológico a largo plazo (vigente).

6. La historia clínica debe documentar si la pupila se dilató para el examen.
7. La oftalmoscopia extendida posterior debe demostrar una diferencia de importancia clínica con respecto a la oftalmoscopia extendida previa en lugar de solamente replicarla.

E. Información sobre el procedimiento

Códigos CPT	
92201	La oftalmoscopia extendida; con dibujo de la retina y depresión escleral de la enfermedad retiniana periférica (p ej., lágrima, desprendimiento, tumor retiniano) con interpretación e informe, unilateral o bilateral
92202	Oftalmoscopia extendida; con dibujo del nervio óptico o de la mácula (p. ej., en el caso de glaucoma, patología macular, tumor) con interpretación e informe, unilateral
Modificadores requeridos	
RT, LT y 50	Derecho, izquierdo, bilateral
Modificadores no válidos	
TC, 26	Sin componente técnico de oftalmoscopia extendida
58, 78, 79	Servicio no quirúrgico

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Esta política se ofrece solo con fines informativos y no constituye un consejo médico. Versant Health, Inc. y sus filiales (la "Compañía") no proporcionan servicios de atención médica y no pueden garantizar resultados ni desenlaces. Los médicos de cabecera únicamente son responsables de determinar qué servicios o tratamientos les proporcionan a sus pacientes. Los pacientes (miembros) siempre deben consultar con su médico antes de tomar decisiones sobre atención médica.

Sujeto a las leyes vigentes, el cumplimiento de esta Política de cobertura no es una garantía de cobertura ni de pago. La cobertura se basa en los términos de un documento del plan de cobertura en particular de una persona, que es probable que no cubra los servicios ni procedimientos tratados en esta Política de cobertura. Los términos del plan de cobertura específica de la persona siempre son determinantes. Se hizo todo lo posible para asegurarse de que la información de esta política de cobertura sea precisa y completa; sin embargo, la Compañía no garantiza que no haya errores en esta política o que la visualización de este archivo en un sitio web no tenga errores. La compañía y sus empleados no son responsables de los errores, las omisiones ni de otras imprecisiones en la información, el producto o los

procesos divulgados en este documento. Ni la Compañía ni los empleados manifiestan que el uso de dicha información, producto o procesos no infringirá los derechos de propiedad privada. En ningún caso la Compañía será responsable de los daños directos, indirectos, especiales, incidentales o resultantes que surjan del uso de dicha información, producto o proceso.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL DE LA COMPAÑÍA

Salvo los derechos de propiedad intelectual que se describen abajo, esta Política de cobertura es confidencial y de propiedad exclusiva y ninguna parte de esta Política de cobertura puede copiarse sin la aprobación previa, expresa y por escrito de Versant Health o de sus filiales correspondientes.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL DE LA AMA

Derechos de propiedad intelectual 2002-2023 de CPT© solamente, American Medical Association. Todos los derechos reservados. CPT™ es una marca registrada de la American Medical Association. El complemento de regulaciones para adquisiciones federales (FARS)/complemento de regulaciones para adquisiciones federales para Defensa (DFARS) se aplican al uso del gobierno. Las listas de honorarios, las unidades de valor relativo, los factores de conversión o los componentes relacionados no los asigna la AMA ni forman parte de CPT, y la AMA no recomienda su uso. La AMA no ejerce directa ni indirectamente la medicina ni dispensa servicios médicos. La AMA no asume ninguna responsabilidad por los datos contenidos o no en este documento.

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS
n/c

ANTECEDENTES DE DOCUMENTOS		
<i>Fecha de aprobación</i>	<i>Revisiones</i>	<i>Fecha de entrada en vigencia</i>
03/08/2019	Política inicial	03/08/2019
12/18/2019	Revisión anual; criterios sin cambios; sustituciones con código CMS requeridas	01/01/2020
10/28/2020	Revisión anual; definiciones con explicaciones (A.); indicación agregada para el monitoreo farmacoterapéutico a largo plazo	03/01/2021
10/06/2021	Revisión anual; criterios sin cambios.	04/01/2022 (reemplazado)
01/05/2022	Actualización administrativa para corregir los modificadores enumerados	02/01/2022
07/06/2022	Revisión anual; criterios sin cambios.	10/01/2022
07/12/2023	Revisión anual; criterios sin cambios.	10/01/2023

BIBLIOGRAFÍA y FUENTES

1. Bakker E, Dikland FA, van Bakel R, et al. Adaptive optics ophthalmoscopy: a systematic review of vascular biomarkers. *Surv Ophthalmol*. 2022 Mar-Apr;67(2):369-387. doi: 10.1016/j.survophthal.2021.05.012. Epub 2021 Jun 6. PMID: 34090882.
2. Bresnick GH, Mukaamel DB, Dickinson JC, et.al. A screening approach to the surveillance of patients with diabetes for the presence of vision-threatening retinopathy. *Ophthalmology*. 2000; 107:19-24.
3. Fischer J, Otto T, Delori F, et al. Scanning Laser Ophthalmoscopy (SLO). 2019 Aug 14. In: Bille JF, editor. *High Resolution Imaging in Microscopy and Ophthalmology: New Frontiers in Biomedical Optics* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2019. Chapter 2. PMID: 32091845.
4. Hartley MJ, Bartley GB. Ophthalmology and Direct Ophthalmoscopy in Contemporary Medical Education. *Am J Ophthalmol*. 2022 Jun;238: xv-xvi. doi: 10.1016/j.ajo.2022.02.004. Epub 2022 Feb 19. PMID: 35192792.
5. Schneiderman H. The Funduscopic Examination. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, eds. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. 3rd ed. Boston: Butterworths; 1990.
6. Uhr JH, Obeid A, Wibbelsman TD, et.al. Delayed Retinal Breaks and Detachments after Acute Posterior Vitreous Detachment. *Ophthalmology*. 2020 Apr;127(4):516-522. doi: 10.1016/j.ophtha.2019.10.020. Epub 2019 Oct 23. PMID: 31767432.

SOURCES

1. AAO PPP Retina/Vitreous Committee, Hoskins Center for Quality Eye Care, 2019.
2. Opt Med. Ditch the Ophthalmoscope. <https://forms.optomed.com/ditchtheophthalmoscope> . Accessed 5/2023.
3. Documentation and drawing in Ophthalmology, 2021. <https://www.eophtha.com/posts/documentation-drawing-in-ophthalmology>. Accessed 5/2023.
4. Stanford Medicine. Introduction to the fundoscopic / ophthalmoscopic exam. <https://stanfordmedicine25.stanford.edu/the25/fundoscopic.html>. Accessed 5/5023.