

Nombre de la política	Política clínica: Telemedicina
Número de la política	1336.00
Departamento	Estrategia Clínica
Subcategoría	Administración médica
Fecha de aprobación original	06/12/2019
Fecha de aprobación de MPC/CMO actual	01/07/2026
Fecha de entrada en vigencia actual	04/01/2026

Entidades de la compañía compatibles (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Superior Vision Benefit Management
 Superior Vision Services
 Superior Vision of New Jersey, Inc.
 Block Vision of Texas, Inc. d/b/a Superior Vision of Texas
 Davis Vision
 (Denominadas en conjunto "Versant Health" o "la Compañía")

SIGLAS o DEFINICIONES

n/c

PROPÓSITO

Para definir los códigos de procedimiento aplicables de los criterios médicaamente necesarios para el uso de la telemedicina de acuerdo con los requisitos de Versant Health y la ley federal.

POLÍTICA
A. ANTECEDENTES

El término telemedicina hace referencia a la comunicación de audio / video en tiempo real entre pacientes y médicos, tecnologías de almacenamiento y reenvío y dispositivos de monitoreo remoto. Estas tecnologías, donde se ha establecido la necesidad médica, mejoran los resultados a través de la detección temprana, aumentan el acceso a la atención y reducen los costos. Versant Health apoya la telemedicina, al tiempo que supervisa estrictamente todos los aspectos de seguridad, privacidad y prácticas profesionales. Los requisitos de calidad incluyen la medición continua de los resultados de la telemedicina para validar que las tecnologías de telemedicina por sí solas o en coordinación con la atención habitual mantienen resultados similares o mejores que la atención habitual sola.

La prestación y la necesidad médica de los servicios de telemedicina varían según la jurisdicción tanto del paciente como del proveedor.¹ Algunos estados consideran que los servicios de solo audio y las visitas grabadas equivalen a la atención en persona, mientras que la mayoría de los estados requieren servicios de audio y video completos y sincrónicos.

B. Requisitos obligatorios de la telemedicina

1. Esta tecnología debe autenticar la instalación, si corresponde, el lugar y la identidad del paciente solicitante.
2. La tecnología debe revelar y validar la identidad y la capacitación apropiada del profesional que brinda la atención.
3. Debe obtenerse el consentimiento informado apropiado y hacer referencia a las ventajas, limitaciones y alternativas de estas tecnologías.
4. El paciente debe tener acceso a la historia clínica donde se documente la atención recibida.
5. El profesional que brinda la atención debe tener la licencia correspondiente y tanto la jurisdicción que extiende la licencia profesional como la jurisdicción donde reside el paciente deben aprobar los servicios de telemedicina.
6. El profesional con licencia que presta servicios de telemedicina es responsable de supervisar a cualquier persona no médica que participe en la atención del paciente.
7. El médico debe tener un seguro de responsabilidad civil donde se haga referencia específicamente a los servicios de telemedicina.
8. Los servicios de telemedicina prestados siguen los mismos protocolos del estándar de atención.
9. Las consultas por telemedicina incluyen modalidades respaldadas por la American Telemedicine Association, en consonancia con las reglamentaciones estatales y federales.

C. Situaciones en las que los servicios de telemedicina no son reembolsables por separado

1. Los servicios se prestan el mismo día en una visita de atención médica.
2. Los servicios consisten únicamente de tecnología de audio (teléfono) sin tecnología de video interactivo en tiempo real (excepto en los casos permitidos por el estado y las reglamentaciones federales).
3. Los servicios consisten en mensajes de texto sin componentes audiovisuales e interactivos en tiempo real.
4. Los servicios incluyen ayuda complementaria para la visita de atención médica.
5. Los servicios incluyen asuntos administrativos rutinarios, como, entre otros, citas, reposición de recetas, información actualizada para autorizaciones, problemas de horarios, etc.
6. Los servicios se hacen en el período global de una operación y están relacionados con ese acontecimiento.

D. Documentación

La necesidad médica se debe respaldar con documentación pertinente y completa en la historia médica. La necesidad médica debe estar respaldada por documentación adecuada y completa en el expediente médico del paciente que describa el procedimiento y la justificación médica para el mismo como en la Sección B anterior. Para las revisiones retrospectivas se requiere el informe operatorio y el plan de atención médica.

Todos los artículos deben estar disponibles a pedido para iniciar o mantener pagos anteriores. Cada página del registro debe ser legible e incluir la información de identificación del paciente adecuada (p. ej., nombre completo, fecha(s) del servicio). Los servicios proporcionados/pedidos deben ser autenticados por el médico, con una firma manuscrita o electrónica. Las firmas selladas no son aceptables.

E. Información sobre el procedimiento

Códigos CPT para servicios de telemedicina sincrónicos	
0378T	Evaluación del campo visual, con análisis simultáneo de datos en tiempo real y almacenamiento de datos accesible con datos enviados por el paciente transmitidos a un centro de vigilancia remoto durante un máximo de 30 días, revisión e interpretación con informe de un médico u otro médico profesional calificado.
0379T	Evaluación del campo visual, con análisis simultáneo de datos en tiempo real y almacenamiento de datos accesible con datos enviados por el paciente transmitidos a un centro de vigilancia remoto durante un máximo de 30 días, soporte técnico e instrucciones para el paciente, vigilancia, análisis y transmisión de informes de datos diarios y urgentes según las indicaciones de un médico revisión e interpretación con informe de un médico u otro médico profesional calificado.
92002	Servicios oftalmológicos: examen y evaluación médica con un programa de diagnóstico y tratamiento inicial; intermedio, paciente nuevo.
92004	Servicios oftalmológicos: examen médico y evaluación médica con un programa de diagnóstico y tratamiento inicial; integral, paciente nuevo, una o más visitas
92012	Servicios oftalmológicos: examen médico y evaluación médica con un programa de diagnóstico y tratamiento inicial; intermedio, paciente existente.
92014	Servicios oftalmológicos: examen médico y evaluación médica con un programa de diagnóstico y tratamiento inicial; integral, paciente existente, una o más visitas.
96116	Neurobehavioral status exam (clinical assessment of thinking, reasoning and judgment, [e.g., acquired knowledge, attention, language, memory, planning and problem solving, and visual spatial abilities]), by physician or other qualified health care professional, both face-to-face time with the patient and time interpreting test results and preparing the report; first hour.

98000	Visita sincrónica por audio y video para la evaluación y el manejo de un paciente nuevo, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado y una toma de decisiones médicas sencilla. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 15 minutos.
98001	Visita sincrónica por audio y video para la evaluación y el manejo de un paciente nuevo, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado y una toma de decisiones médicas baja. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 30 minutos.
98002	Visita sincrónica por audio y video para la evaluación y el manejo de un paciente nuevo, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado y una toma de decisiones médicas moderada. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 45 minutos.
98003	Visita sincrónica por audio y video para la evaluación y el manejo de un paciente nuevo, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado y una toma de decisiones médicas alta. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 60 minutos.
98004	Visita sincrónica por audio y video para la evaluación y el manejo de un paciente establecido, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado y una toma de decisiones médicas sencilla. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 10 minutos.
98005	Visita sincrónica por audio y video para la evaluación y el manejo de un paciente establecido, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado y una toma de decisiones médicas baja. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 20 minutos.
98006	Visita sincrónica por audio y video para la evaluación y el manejo de un paciente establecido, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado y una toma de decisiones médicas moderada. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 30 minutos.
98007	Visita sincrónica por audio y video para la evaluación y manejo de un paciente establecido, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado y una toma de decisiones médicas alta. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 40 minutos.
98008	Visita sincrónica solo por audio para la evaluación y el manejo de un paciente nuevo, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado, una toma de decisiones médicas sencilla y más de 10 minutos de conversación médica. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 15 minutos.

98009	Visita sincrónica solo por audio para la evaluación y el manejo de un paciente nuevo, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado, una toma de decisiones médicas baja y más de 10 minutos de conversación médica. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 30 minutos.
98010	Visita sincrónica solo por audio para la evaluación y el manejo de un paciente nuevo, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado, una toma de decisiones médicas moderada y más de 10 minutos de conversación médica. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 45 minutos.
98011	Visita sincrónica solo por audio para la evaluación y el manejo de un paciente nuevo, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado, una toma de decisiones médicas alta y más de 10 minutos de conversación médica. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 60 minutos.
98012	Visita sincrónica solo por audio para la evaluación y el manejo de un paciente establecido, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado, una toma de decisiones médicas sencilla y más de 10 minutos de conversación médica. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben superar los 10 minutos.
98013	Visita sincrónica solo por audio para la evaluación y el manejo de un paciente establecido, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado, una toma de decisiones médicas baja y más de 10 minutos de conversación médica. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 20 minutos.
98014	Visita sincrónica solo por audio para la evaluación y el manejo de un paciente establecido, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado, una toma de decisiones médicas moderada y más de 10 minutos de conversación médica. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 30 minutos.
98015	Visita sincrónica solo por audio para la evaluación y el manejo de un paciente establecido, que requiere antecedentes o un examen médicamente apropiado, una toma de decisiones médicas alta y más de 10 minutos de conversación médica. Cuando se utiliza el tiempo total en la fecha del encuentro para la selección del código, se deben cumplir o superar los 40 minutos.
98016	Servicio de comunicación breve basado en tecnología (por ejemplo, consulta virtual) proporcionado por un médico u otro profesional de atención médica calificado que pueda reportar servicios de evaluación y manejo, ofrecido a un paciente establecido, que no provenga de un servicio de evaluación y manejo relacionado prestado en el plazo de los 7 días anteriores ni conduzca a un servicio o procedimiento de evaluación y manejo en el plazo de las siguientes 24 horas o la cita más cercana disponible, con 5-10 minutos de conversación médica.

99202	Visita en el consultorio u otro tipo de visita ambulatoria para la evaluación y el tratamiento de un paciente nuevo, que requiere antecedentes o un examen médicaamente apropiados y la toma de decisiones médicas directa. Cuando se utiliza el tiempo para la selección de códigos, se destinan 15 a 29 minutos del tiempo total en la fecha de la consulta.
99203	Visita en el consultorio u otro tipo de visita ambulatoria para la evaluación y el tratamiento de un paciente nuevo, que requiere antecedentes o un examen médicaamente apropiados y un bajo nivel de toma de decisiones médicas. Cuando se utiliza el tiempo para la selección de códigos, se destinan 30 a 44 minutos del tiempo total en la fecha de la consulta.
99204	Visita en el consultorio u otro tipo de visita ambulatoria para la evaluación y el tratamiento de un paciente nuevo, que requiere antecedentes o un examen médicaamente apropiados y un nivel moderado de toma de decisiones médicas. Cuando se utiliza el tiempo para la selección de códigos, se destinan 45 a 59 minutos del tiempo total en la fecha de la consulta.
99205	Visita en el consultorio u otro tipo de visita ambulatoria para la evaluación y el tratamiento de un paciente nuevo, que requiere antecedentes o un examen médicaamente apropiados y un nivel alto de toma de decisiones médicas. Cuando se utiliza el tiempo para la selección de códigos, se destinan 60 a 74 minutos del tiempo total en la fecha de la consulta.
99211	Visita en el consultorio u otro tipo de visita ambulatoria para la evaluación y el tratamiento de un paciente existente, que puede no requerir la presencia de un médico o de otro profesional de atención médica cualificado. Con frecuencia, los problemas que se presentan son mínimos.
99212	Visita en el consultorio u otro tipo de visita ambulatoria para la evaluación y el tratamiento de un paciente existente, que requiere antecedentes o un examen médicaamente apropiados y la toma de decisiones médicas directa. Cuando se utiliza el tiempo para la selección de códigos, se destinan 10 a 19 minutos del tiempo total en la fecha de la consulta.
99213	Visita en el consultorio u otro tipo de visita ambulatoria para la evaluación y el tratamiento de un paciente existente, que requiere antecedentes o un examen médicaamente apropiados y un nivel bajo de toma de decisiones médicas. Cuando se utiliza el tiempo para la selección de códigos, se destinan 20 a 29 minutos del tiempo total en la fecha de la consulta.
99214	Visita en el consultorio u otro tipo de visita ambulatoria para la evaluación y el tratamiento de un paciente existente, que requiere antecedentes o un examen médicaamente apropiados y un nivel moderado de toma de decisiones médicas. Cuando se utiliza el tiempo para la selección de códigos, se destinan 30 a 39 minutos del tiempo total en la fecha de la consulta.
99215	Visita en el consultorio u otro tipo de visita ambulatoria para la evaluación y el tratamiento de un paciente existente, que requiere antecedentes o un examen médicaamente apropiados y un nivel alto de toma de decisiones médicas. Cuando se utiliza el tiempo para la selección de códigos, se destinan 40 a 54 minutos del tiempo total en la fecha de la consulta.

99231	Visita posterior al hospital, 15 minutos, limitada a una sesión de telesalud cada 3 días según los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)
99232	Visita posterior al hospital, 25 minutos – limitada a una sesión de telesalud cada 3 días según CMS
99233	Visita posterior al hospital, 35 minutos – limitada a una sesión de telesalud cada 3 días según CMS
99307	Visita posterior a la residencia geriátrica, 10 minutos – limitada a una sesión de telesalud cada 30 días según CMS
99308	Visita posterior a la residencia geriátrica, 15 minutos – limitada a una sesión de telesalud cada 30 días según CMS
99309	Visita posterior a la residencia geriátrica, 25 minutos – limitada a una sesión de telesalud cada 30 días según CMS
99310	Visita posterior a la residencia geriátrica, 35 minutos – limitada a una sesión de telesalud cada 30 días.
99334	Visita a domicilio o en la residencia para adultos mayores para la evaluación y el tratamiento de un paciente establecido, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave. . .
99335	Visita a domicilio o en la residencia para adultos mayores para la evaluación y el tratamiento de un paciente establecido, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave. . .
99347	Visita a domicilio o a residencia para la evaluación y tratamiento de un paciente establecido, . . . 20 minutos
99348	Visita a domicilio o a residencia para la evaluación y tratamiento de un paciente establecido, . . . 30 minutos
99406	Visita de asesoramiento para dejar de fumar y dejar de fumar; intermedio, más de 3 minutos hasta 10 minutos
99407	Visita de orientación para dejar de fumar y de usar tabaco; intensiva, más de 10 minutos.
99421	Servicio de evaluación y tratamiento digital en línea, para un paciente establecido, por hasta 7 días, tiempo acumulativo durante los 7 días; de 5 a 10 minutos.
99422	Servicio de evaluación y tratamiento digital en línea, para un paciente establecido, por hasta 7 días, tiempo acumulativo durante los 7 días; de 11 a 20 minutos.
99423	Servicio de evaluación y tratamiento digital en línea, para un paciente establecido, por hasta 7 días, tiempo acumulativo durante los 7 días; 21 o más minutos.
G0108	Servicios de formación para el control personal de la diabetes para pacientes ambulatorios, individual, por 30 minutos.

G0109	Servicios de formación para el control personal de la diabetes para pacientes ambulatorios, sesión de grupo (dos o más), por 30 minutos.
G0513	Servicios preventivos prolongados (más allá del tiempo de servicio habitual del procedimiento principal), en el consultorio u otro entorno ambulatorio que requiera un contacto directo con el paciente más allá del servicio habitual; primeros 30 minutos.
G0514	Servicios preventivos prolongados (más allá del tiempo de servicio habitual del procedimiento principal), en el consultorio u otro entorno ambulatorio que requiera un contacto directo con el paciente más allá del servicio habitual; primeros 30 minutos.
G2012	Servicio breve basado en la tecnología de la comunicación, por ejemplo, el control virtual, por parte de un médico u otro profesional de atención médica calificado que pueda reportar los servicios de evaluación y tratamiento, prestado a un paciente establecido.
G2025	Pago por un servicio de telesalud en un sitio distante proporcionado únicamente por una Clínica de Salud Rural (RHC) o un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC)
G2212	Servicios prolongados en el consultorio u otros servicios de evaluación y tratamiento para pacientes ambulatorios más allá del tiempo máximo requerido del procedimiento principal que se seleccionó usando el tiempo total en la fecha del servicio principal; cada 15 minutos adicionales.
G2252	Servicio breve basado en la tecnología de la comunicación, por ejemplo, registro virtual, por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado que pueda informar sobre los servicios de evaluación y manejo, prestados a un paciente establecido, que no se originen en un servicio de ME relacionado proporcionado dentro de los 7 días anteriores ni conduzcan a un servicio o procedimiento de ME dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más temprana; 11-20 minutos de discusión médica.
M1431	Encuentros realizados por telemedicina. También permiten M1432, M1436, M1437, M1440, M1442 y M1443. Estos códigos tienen descripciones idénticas y no específicas según la versión CMS del 1/1/2026.
Q3014	Tarifa de la instalación de origen en el sitio de telemedicina con consulta del médico o profesional del lugar de servicio; Hospital; Hospital de acceso crítico; Clínica de salud rural; centro de salud con titulación federal; Centro comunitario de salud mental; Centro de enfermería especializada; Centro de diálisis renal.
S0620	Examen oftalmológico de rutina, incluyendo la refracción; paciente nuevo
S0621	Examen oftalmológico de rutina, incluyendo la refracción; paciente existente
S3000	Indicador diabético; Examen ocular retiniano, dilatado, bilateral
T1015	Visita en la clínica/visita de atención médica, todo incluido; para uso de páginas web de acceso federal, CAH, FQHC, RHC.

Códigos CPT para servicios de telemedicina asincrónicos	
92227	Diagnóstico por imágenes a distancia para la detección de enfermedades de la retina (p. ej., retinopatía en pacientes diabéticos) con análisis e informe bajo la supervisión de un médico, de manera unilateral o bilateral
92228	Diagnóstico por imágenes a distancia para el monitoreo y tratamiento de enfermedades activas de la retina (p. ej., retinopatía diabética) con revisión médica, interpretación e informe, unilateral o bilateral
92229	Imágenes de la retina para la detección o el seguimiento de enfermedades; análisis y reporte automatizado en el punto de atención, unilateral o bilateral.
99421	Servicio de evaluación y tratamiento digital en línea, para un paciente existente, hasta 7 días, tiempo acumulativo durante 7 días; 5 a 10 minutos
99422	Servicio de evaluación y tratamiento digital en línea, para un paciente existente, hasta 7 días, tiempo acumulativo durante 7 días; 11 a 20 minutos.
99423	Servicio de evaluación y tratamiento digital en línea para un paciente existente, hasta 7 días, tiempo acumulativo durante 7 días; 21 o más minutos.
99451	Servicio de evaluación y tratamiento interprofesional por teléfono/Internet/historia clínica electrónica prestado por un médico de consulta, incluyendo un informe por escrito enviado al médico que trata al paciente o al médico solicitante, con tiempo de consulta médica de 5 minutos o más.
99452	Servicios interprofesionales de remisión de historias clínicas por teléfono/Internet/historia clínica electrónica prestados por un médico que trata al paciente o un médico solicitante, o por otro profesional de atención médica cualificado, 30 minutos.
G2010	Evaluación a distancia de imágenes o videos grabados presentados por un paciente existente (p. ej., almacenamiento y envío), incluyendo interpretación y seguimiento con el paciente dentro de las 24 horas hábiles, que no se origine de un servicio de E/M relacionado prestado dentro de los 7 días posteriores, tampoco que dé lugar a un servicio o procedimiento de E/M dentro de las siguientes 24 horas o a la cita más próxima disponible.
Modificadores (válidos según las regulaciones estatales o federales aplicables)	
FR	Proveedor de asistencia médica supervisor presente mediante una comunicación bidireccional de audio y video.
FQ	El servicio se proporcionó utilizando tecnología de comunicación de solo audio.
GT	Por medio de sistemas de telecomunicaciones de video y audio interactivos.
GQ	Por medio de un sistema de telecomunicaciones asincrónico. Atención médica brindada mediante imágenes y video que no se proveen en tiempo real.
GY	Notificación de responsabilidad no emitida, que no se requiere según la política del pagador. Se usa para reportar que no se emitió una Notificación anticipada al

	beneficiario (ABN) porque el artículo o servicio está excluido por ley o no cumple la definición de algún beneficio de Medicare.
93*	Servicio de telemedicina síncrona prestado por teléfono u otro sistema interactivo de telecomunicaciones solo de audio en tiempo real
95*	Servicio de telemedicina sincrónico prestado por medio de sistemas de telecomunicaciones de video y audio interactivos en tiempo real
Lugar del servicio	
02	Telesalud: lugar del servicio 02 (requerido)
10	Telesalud prestada en la casa del paciente.
11	Consultorio.
22	Atención de hospital para pacientes ambulatorios en el campus.
*Se debe seguir el uso de combinaciones específicas de modificadores y lugar de servicio, definido por los programas estatales de Medicaid o de atención administrada, cuando se presenten reclamos a Versant Health. La cobertura de telesalud y la codificación requerida deben verificarse.	

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 CPT©™ es el derecho de autor y la marca registrada de la Asociación Médica Americana, con todos los derechos reservados. Los FARS/DFARS aplicables se aplican para uso gubernamental. Las tablas de tarifas, las unidades de valor relativo, los factores de conversión y/o componentes relacionados no son asignados por la AMA y no forman parte del CPT. La AMA no ejerce la medicina ni presta servicios médicos directa o indirectamente. La AMA no asume ninguna responsabilidad por los datos contenidos o no contenidos en este lugar.

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS	
1316	Examen oftalmológico

ANTECEDENTES DE DOCUMENTOS		
<i>Fecha de aprobación</i>	<i>Revisión</i>	<i>Fecha de entrada en vigencia</i>
06/12/2019	Versión inicial	06/12/2019
07/25/2019	Combinación con la declaración de la telemedicina (archivado)	08/01/2019
12/18/2019	Actualización de los códigos impulsados por CMS eximidos y eliminados; adición de códigos de E/M; sin cambios en los	01/01/2020
06/03/2020	Cambios de los criterios; adición de los códigos y modificadores de CPT	08/01/2020
04/07/2021	Revisión anual; eliminación del código 99201 de CPT eliminado por CMS	07/01/2021
01/05/2022	Se han agregado y eliminado códigos de CPT para alinearlos con las normas vigentes de CMS sobre telesalud.	07/01/2022
04/06/2022	Cambio administrativo en los modificadores.	07/01/2022
07/06/2022	Cambio administrativo en los modificadores y códigos de lugar de servicio.	10/01/2022
07/12/2023	Eliminar códigos de procedimiento permitidos solo durante una emergencia de salud pública; COVID-19; agregar códigos Q3014, T1015 eliminar modificar 93, aclarar modificador 95 para uso con todos los proveedores, todos los sitios incluyendo acceso federal CAH FQHC RHC.	10/01/2023
07/10/2024	Agregar los códigos CPT 99441, 99442, 99443 (visitas telefónicas) para usarlos cuando las reglamentaciones estatales o federales lo permitan.	10/01/2024

01/08/2025	Se completaron 20 cambios de código CPT (se agregaron 17 y eliminaron 3) según las actualizaciones de códigos CMS.	05/01/2025
07/09/2025	Agregue los códigos de procedimiento 99091, 99406 y G2252 para usarlos donde lo permitan las regulaciones estatales o federales.	12/01/2025
01/07/2026	Añadiendo el código HCPCS S3000 y los códigos M1431, M1432, M1436, M1437, M1440, M1442 y M1443, los códigos M tienen descripciones idénticas y no específicas según la versión CMS del 1/1/2026.	04/01/2026

BIBLIOGRAFÍA

1. Blais N, Tousignant B, Hanssens JM. Tele-refraction in tele-eye care settings. *Clin Exp Optom.* 2022 Aug;105(6):573-581. doi: 10.1080/08164622.2021.2009736. Epub 2022 Jan 30. PMID: 35094668.
2. Casazza M, Bolz M, Huemer J. Telemedicine in ophthalmology. *Wien Med Wochenschr.* 2025;175(7-8):153-161. doi:10.1007/s10354-025-01081-z.
3. Chou YB, Kale AU, Lanzetta P, et.al. Current status and practical considerations of artificial intelligence use in screening and diagnosing retinal diseases: Vision Academy retinal expert consensus. *Curr Opin Ophthalmol.* 2023 Sep 1;34(5):403-413. doi: 10.1097/ICU.0000000000000979. Epub 2023 Jul 13. PMID: 37326222; PMCID: PMC10399944.
4. Curtis R, Hazari H, Eden K, et al. Validation of a portable, remotely delivered refraction approach compared to standard in-clinic refraction in a low-vision population. *J Telemed Telecare.* 2022 Oct;28(9):662-669. doi: 10.1177/1357633X20960628. Epub 2020 Sep 26. PMID: 32985381.
5. Galiero R, Pafundi PC, Nevola R, et al. The Importance of Telemedicine during COVID-19 Pandemic: A Focus on Diabetic Retinopathy. *J Diabetes Res.* 2020 Oct 14; 2020:9036847. doi: 10.1155/2020/9036847. PMID: 33123599; PMCID: PMC7584941.
6. Hark LA, Katz LJ, Myers JS, et.al. Philadelphia Telemedicine Glaucoma Detection and Follow up Study: Methods and Screening Results, *American J Ophthal*, Vol 181,114-124.
7. Holekamp NM, Moving from Clinic to Home: What the Future Holds for Ophthalmic Telemedicine, *American J Ophthal* vol 187, xxviii-xxxv, published online November 11, 2017.
8. Huang J, Li X, Yan T, et.al. The Reliability and Acceptability of RDx-Based Tele-Controlled Subjective Refraction Compared with Traditional Subjective Refraction. *Transl Vis Sci Technol.* 2022;11(11):16. doi:10.1167/tvst.11.11.16.
9. Kaplan B. Revisiting Health Information Technology Ethical, Legal, and Social Issues and Evaluation: Telehealth/Telemedicine and COVID-19. *Int J Med Inform.* 2020 Nov; 143:104239. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2020.104239. Epub 2020 Jul 31. PMID: 33152653; PMCID: PMC7831568.
10. Massie J, Block SS, Morjaria P. The Role of Optometry in the Delivery of Eye Care via Telehealth: A Systematic Literature Review. *Telemed J E Health.* 2022;28(12):1753-1763. doi:10.1089/tmj.2021.0537.

11. Modjtahedi BS, Theophanous C, Chiu S, et.al., Two Year Incidence of Retinal Intervention in Patients with Minimal or no Diabetic Retinopathy on Telemedicine Screening, *JAMA Ophthalmology* 2019 doi: 10.1001.
12. Nguyen HV, Tan GS, Tapp RJ, et.al. Cost-effectiveness of a National Telemedicine Diabetic Retinopathy Screening Program in Singapore. *Ophthalmology*. 2016 Dec;123(12):2571-2580. doi: 10.1016/j.ophtha.2016.08.021. Epub 2016 Oct 7. PMID: 27726962.
13. Price S. Making Telemedicine Work. *Tex Med*. 2019 Aug 1;115(8):26-29. PMID: 31369135.
14. Richter GM, Williams SL, Starren J, et.al. Telemedicine for retinopathy of prematurity diagnosis: evaluation and challenges. *Surv Ophthalmol*. 2009 Nov-Dec;54(6):671-85. doi: 10.1016/j.survophthal.2009.02.020. Epub 2009 Aug 8. PMID: 19665742; PMCID: PMC2760626.

FUENTES

1. AAO Practice Management: "Coding for Telemedicine. January 2025. <https://www.aoa.org/practice-management/news-detail/coding-phone-calls-internet-telehealth-consult>. Accessed 11/2025.
2. American Optometric Association. Position Statement Regarding Telemedicine in Optometry. Revised 2022. https://www.aoa.org/AOA/Documents/Advocacy/position%20statements/AOA_Policy_Telehealth.pdf. Accessed 11/2025.
3. Health Resources & Services Administration. HHS.gov. Telehealth for Providers <https://telehealth.hhs.gov/providers/>. Accessed 11/2025.