

<b>Nombre de la política</b>	Política clínica: Exámenes oftalmológicos
<b>Número de la política</b>	1316.00
<b>Departamento</b>	Productos Clínicos y Estrategia (Clinical Product & Strategy)
<b>Subcategoría</b>	Administración médica
<b>Fecha de aprobación original</b>	02/06/2018
<b>Fecha de aprobación previa</b>	10/29/2020
<b>Aprobación de MPC/CMO</b>	04/06/2022
<b>Fecha de entrada en vigencia</b>	05/01/2022

<b>Entidades de la compañía compatibles (Seleccione todas las opciones que correspondan)</b> <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”)
--

<b>SIGLAS/DEFINICIONES</b>
n/c

<b>PROPÓSITO</b>
------------------

Proporcionar los criterios de necesidad médica que respalden las indicaciones de los exámenes oftalmológicos médicos y de rutina, y para presentar las decisiones de necesidad médica. También se definen los códigos de procedimientos vigentes.

<b>POLÍTICA</b>
-----------------

**A.** Los exámenes oftalmológicos se dividen en dos grupos:

1. Médicos: el examen oftalmológico se hace para definir el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, o para mejorar la función de una parte del cuerpo con malformaciones.
2. De rutina y de la vista: el examen oftalmológico se hace para detectar una posible enfermedad en un paciente sano y sin antecedentes de enfermedades oculares o quejas sobre su visión y para tratar las ametropías y dar lentes correctivos si es necesario. Si se necesita evaluación y tratamiento de seguimiento debido a una condición médica detectada, la visita y el tratamiento posteriores se clasificarán como médicos.

**B. Necesidad médica**

La necesidad médica de un examen oftalmológico se determina a partir de la queja y el diagnóstico principal del paciente. El motivo declarado en la cita no es necesariamente el objetivo del examen oftalmológico. Los diagnósticos adicionales, si los hay, son relevantes para determinar el nivel de servicio pero no cambian el objetivo del examen oftalmológico.

La frecuencia de los exámenes oftalmológicos debe determinarse en función de la presencia de anomalías visuales y de la probabilidad de que estas se desarrollen. Las personas con síntomas oculares deben someterse a un examen de inmediato. Las personas sin síntomas pero con un alto riesgo de desarrollar anomalías oculares relacionadas con enfermedades sistémicas, como la diabetes mellitus y la hipertensión, o que tienen antecedentes familiares de enfermedades oculares, deben hacerse exámenes oftalmológicos exhaustivos periódicos para prevenir o minimizar la pérdida visual. Los adultos sin síntomas y con un bajo riesgo deben hacerse un examen oftalmológico completo inicial y seguir un programa de evaluación periódica diseñado para detectar enfermedades oculares.

### **C. Documentación**

La necesidad médica debe respaldarse con documentación adecuada y completa en la historia clínica del beneficiario que describa el procedimiento y su justificación médica, y, como mínimo, todos los siguientes artículos. Si se necesita una inspección posterior de la revisión médica, se espera que estos artículos estén disponibles para iniciar o continuar con los pagos. Cada página de la historia clínica debe ser legible e incluir información apropiada de identificación del paciente (p. ej., nombre completo, fechas de servicio). El autor debe autenticar los servicios prestados/solicitados. El método utilizado debe ser firma manuscrita o electrónica. No se aceptan firmas estampadas.

1. Queja principal y antecedentes. La extensión de la historia clínica debe reflejar la naturaleza de los problemas que se presentan e inspirar el proceso de diagnóstico diferencial.
2. El examen oftalmológico debe incluir algunos o todos los siguientes elementos en función de la queja y la condición del paciente:
  - a. agudeza visual (VA);
  - b. campo visual por confrontación (CVF);
  - c. motilidad ocular (EOM);
  - d. anejos oculares y párpados;
  - e. conjuntiva;
  - f. córnea;
  - g. cámara anterior;
  - h. pupilas;
  - i. iris;
  - j. cristalino;
  - k. presión intraocular (IOP);
  - l. fondo de ojo (discos, retina, mácula, vasos sanguíneos, vítreo), incluyendo la midriasis, a menos que haya una contraindicación;
  - m. estado mental;
  - n. impresión y plan de tratamiento o servicios adicionales.

### **D. Información sobre el procedimiento**

1. CPT define los códigos 92004 y 92014 como "*una o más visitas*". Estos códigos de procedimiento describen un único servicio que no necesita hacerse en una sola sesión. Un examen integral puede extenderse por más de una sesión en un día (mañana y tarde) o en más de un día. En el caso de estas visitas, un reclamo más la historia clínica reflejarían que el examen se prolongó en el tiempo. El plazo debe ser corto, normalmente no más de uno o dos días, y se factura cuando se completa el servicio. Los exámenes que se extienden en más de una sesión no se aplican a los servicios de evaluación y tratamiento (EM) ni a los exámenes oftalmológicos intermedios.
2. Los códigos de EM 92002 a 92014 forman parte de la lista de exámenes médicos y de rutina. La determinación de si son médicos o de rutina depende del diagnóstico.
3. El examen de detección (99173) es un componente de los exámenes médicos y de rutina o visión y no puede facturarse el mismo día.

## **E. Códigos para exámenes médicos y de rutina**

### **1. Códigos CPT para exámenes médicos**

92002	Servicios oftalmológicos: examen y evaluación médica con un programa de diagnóstico y tratamiento inicial; intermedio, paciente nuevo
92004	Servicios oftalmológicos: examen y evaluación médica con un programa de diagnóstico y tratamiento inicial; completo, nuevo paciente, 1 o más visitas
92012	Servicios oftalmológicos: examen y evaluación médica con un programa de diagnóstico y tratamiento inicial o que continúa; intermedio, paciente existente
92014	Servicios oftalmológicos: examen y evaluación médica con un programa de diagnóstico y tratamiento inicial o que continúa; completo, paciente existente, 1 o más visitas
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 médicamente 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 médicamente 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 médicamente 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 médicamente apropiados y un nivel alto de toma de decisiones médicas. Cuando se utiliza el tiempo para la selección de códigos, 60 a 74 minutos del tiempo total se destinan para 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 médicamente 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 médicamente 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 médicamente 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 médicamente 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.
99221	Atención hospitalaria inicial, por día, para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que requieren hospitalización son de gravedad baja. Por lo general, se destinan 30 minutos al lado de la cama del paciente y en la planta o unidad del hospital

99222	Atención hospitalaria inicial, por día, para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que requieren hospitalización son de gravedad moderada. Por lo general, se destinan 50 minutos al lado de la cama del paciente y en la planta o unidad del hospital
99223	Atención hospitalaria inicial, por día, para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que requieren hospitalización son de gravedad alta. Por lo general, se destinan 70 minutos al lado de la cama del paciente y en la planta o unidad del hospital
99231	Atención hospitalaria posterior, por día, para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; el paciente está estable, se está recuperando o está mejorando. Por lo general, se destinan 15 minutos al lado de la cama del paciente y en la planta o unidad del hospital
99232	Atención hospitalaria posterior, por día, para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; el paciente no responde adecuadamente al tratamiento o ha desarrollado una complicación menor. Por lo general, se destinan 25 minutos al lado de la cama del paciente y en la planta o unidad del hospital
99233	Atención hospitalaria posterior, por día, para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; el paciente está inestable o ha desarrollado una complicación importante o un nuevo problema significativo. Por lo general, se destinan 35 minutos al lado de la cama del paciente y en la planta o unidad del hospital
99281	Visita al departamento de urgencias para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que presenta están autolimitados o son menores
99282	Visita al departamento de urgencias para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad baja a moderada
99283	Visita al departamento de urgencias para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad moderada
99284	Visita al departamento de urgencias para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad alta y requieren una evaluación urgente por parte del médico o de otros profesionales atención médica cualificados, pero no suponen una amenaza significativa inmediata para la vida o la función fisiológica
99285	Visita al departamento de urgencias para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave. Por lo general, los problemas que presenta son de gravedad alta y suponen una amenaza significativa inmediata para la vida o la función fisiológica

99304	Atención inicial en un centro de enfermería, por día, para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave. Por lo general, los problemas que requieren hospitalización son de gravedad baja. Se suelen destinar 25 minutos al lado de la cama y en la planta o unidad del centro del paciente
99305	Atención inicial en un centro de enfermería, por día, para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que requieren hospitalización son de gravedad moderada. Se suelen destinar 35 minutos al lado de la cama y en la planta o unidad del centro del paciente
99306	Atención inicial en un centro de enfermería, por día, para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que requieren hospitalización son de gravedad alta. Se suelen destinar 45 minutos al lado de la cama y en la planta o unidad del centro del paciente
99307	Atención posterior en un centro de enfermería, por día, para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; el paciente está estable, se está recuperando o está mejorando. Se suelen destinar 10 minutos al lado de la cama y en la planta o unidad del centro del paciente
99308	Atención posterior en un centro de enfermería, por día, para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; el paciente no responde adecuadamente al tratamiento o ha desarrollado una complicación menor. Se suelen destinar 15 minutos al lado de la cama y en la planta o unidad del centro del paciente
99309	Atención posterior en un centro de enfermería, por día, para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; el paciente está inestable o ha desarrollado una complicación importante o un nuevo problema significativo. Se suelen destinar 25 minutos al lado de la cama y en la planta o unidad del centro del paciente
99310	Atención posterior en un centro de enfermería, por día, para la evaluación y el tratamiento de un paciente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; el paciente puede estar inestable o puede haber desarrollado un problema nuevo e importante que requiere atención médica inmediata. Se suelen destinar 35 minutos al lado de la cama y en la planta o unidad del centro del paciente
99324	Visita a domicilio o de reposo para la evaluación y el tratamiento de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad baja. Por lo general, se dedican 20 minutos al paciente o a su familia o cuidador
99325	Visita a domicilio o de reposo para la evaluación y el tratamiento de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad moderada. Por lo general, se dedican 30 minutos al paciente o a su familia o cuidador

99326	Visita a domicilio o de reposo para la evaluación y el tratamiento de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad moderada a alta. Por lo general, se dedican 45 minutos al paciente o a su familia o cuidador
99327	Visita a domicilio o de reposo para la evaluación y el tratamiento de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad alta. Por lo general, se dedican 60 minutos al paciente o a su familia o cuidador
99328	Visita a domicilio o de reposo para la evaluación y el tratamiento de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave; el paciente está inestable o ha desarrollado un problema nuevo e importante que requiere atención médica inmediata. Por lo general, se dedican 75 minutos al paciente o a su familia o cuidador
99334	Visita a domicilio o de reposo para la evaluación y el tratamiento de un paciente existente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; los problemas que presenta están autolimitados o son menores. Por lo general, se dedican 15 minutos al paciente o a su familia o cuidador
99335	Visita a domicilio o de reposo para la evaluación y el tratamiento de un paciente existente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad baja a moderada. Por lo general, se dedican 25 minutos al paciente o a su familia o cuidador
99336	Visita a domicilio o de reposo para la evaluación y el tratamiento de un paciente existente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad moderada a alta. Por lo general, se dedican 40 minutos al paciente o a su familia o cuidador
99337	Visita a domicilio o de reposo para la evaluación y el tratamiento de un paciente existente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad moderada a alta. El paciente puede estar inestable o puede haber desarrollado un problema nuevo e importante que requiere atención médica inmediata. Por lo general, se dedican 60 minutos al paciente o a su familia o cuidador
99341	Visita a domicilio para la evaluación y el tratamiento de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad baja. Por lo general, se dedican 20 minutos a estar con el paciente o su familia
99342	Visita a domicilio para la evaluación y el tratamiento de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad moderada. Por lo general, se dedican 30 minutos a estar con el paciente o su familia
99343	Visita a domicilio para la evaluación y el tratamiento de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad moderada a alta. Por lo general, se dedican 45 minutos a estar con el paciente o su familia

99344	Visita a domicilio para la evaluación y el tratamiento de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad alta. Por lo general, se dedican 60 minutos a estar con el paciente o su familia
99345	Visita a domicilio para la evaluación y el tratamiento de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave; antecedentes completos; el paciente está inestable o ha desarrollado un problema nuevo e importante que requiere atención médica inmediata. Por lo general, se dedican 75 minutos a estar con el paciente o su familia
99347	Visita a domicilio para la evaluación y el tratamiento de un paciente existente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; los problemas que presenta están autolimitados o son menores. Por lo general, se dedican 15 minutos a estar con el paciente o su familia
99348	Visita a domicilio para la evaluación y el tratamiento de un paciente existente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad baja a moderada. Por lo general, se dedican 25 minutos a estar con el paciente o su familia
99349	Visita a domicilio para la evaluación y el tratamiento de un paciente existente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; los problemas que presenta son de gravedad moderada a alta. Por lo general, se dedican 40 minutos a estar con el paciente o su familia
99350	Visita a domicilio para la evaluación y el tratamiento de un paciente existente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave; el paciente puede estar inestable o puede haber desarrollado un problema nuevo e importante que requiere atención médica inmediata. Por lo general, se dedican 60 minutos a estar con el paciente o su familia
G0466	Visita a un centro médico federalmente calificado (FQHC), nuevo paciente (solo se puede usar con Medicare como servicio principal)
G0467	Visita a un FQHC, paciente existente (solo se puede usar con Medicare como servicio principal)
T1015	Visita en la clínica/consulta, todo incluido para uso en FQHC

## 2. Códigos CPT para exámenes de rutina

92002	Servicios oftalmológicos: examen y evaluación médica con un programa de diagnóstico y tratamiento inicial; intermedio, paciente nuevo
92004	Servicios oftalmológicos: examen y evaluación médica con un programa de diagnóstico y tratamiento inicial; completo, nuevo paciente, 1 o más visitas
92012	Servicios oftalmológicos: examen y evaluación médica con un programa de diagnóstico y tratamiento inicial o que continúa; intermedio, paciente existente
92014	Servicios oftalmológicos: examen y evaluación médica con un programa de diagnóstico y tratamiento inicial o que continúa; completo, paciente existente, 1 o más visitas

G0466	Visita a un FQHC, nuevo paciente (solo para los planes principales de Medicare)
G0467	Visita a un FQHC, paciente existente (solo para los planes principales de Medicare)
S0620	Examen oftalmológico de rutina, incluyendo la refracción; paciente nuevo
S0621	Examen oftalmológico de rutina, incluyendo la refracción; paciente existente
T1015	Visita en la clínica/consulta, todo incluido para uso en FQHC

### 3. Modificadores válidos

24	Servicio de evaluación y tratamiento no relacionado por el mismo médico u otro profesional de atención médica cualificado durante un período posoperatorio
25	Servicio de evaluación y tratamiento significativo e identificable por separado por el mismo médico u otro profesional de atención médica cualificado el mismo día del procedimiento u otro servicio
57	Decisión para la cirugía. Se debe usar en un servicio de evaluación y tratamiento que haya generado la decisión inicial de hacer una cirugía

### 4. Modificadores no válidos

TC	Se usa cuando el médico hace la prueba pero no la interpretación
26	Se usa para indicar que el componente profesional del servicio facturado era "solo interpretación"
58	Se planificó un procedimiento o servicio durante el período posoperatorio de forma anticipada en el momento del procedimiento original
78	Regreso no planificado al quirófano por el mismo médico después del procedimiento inicial para un procedimiento relacionado durante el período posoperatorio
79	Procedimiento o servicio no relacionado por el mismo médico durante el período posoperatorio

## 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 2002-2022 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.

<b>POLÍTICAS RELACIONADAS</b>	
1336	Telemedicina

<b>ANTECEDENTES DE DOCUMENTOS</b>		
<i><b>Fecha de aprobación</b></i>	<i><b>Revisión</b></i>	<i><b>Fecha de entrada en vigencia</b></i>
02/06/2018	Política inicial	02/06/2018
12/12/2018	Revisión con modificaciones técnicas/administrativas	12/12/2018
03/13/2019	Actualización de bibliografía	03/13/2019
12/18/2019	Actualización del formato; códigos de diagnóstico y de EM de exámenes oftalmológicos ampliados y clasificados como códigos de rutina y médicos. Criterios sin cambios	01/01/2020
10/29/2020	Revisión anual; no hay cambios de criterio.	03/01/2021
04/07/2021	Revisión anticipada; eliminación del código 99201 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)	07/01/2021

07/11/2021	Exclusión explícita del examen de detección como servicio facturable el mismo día que un examen oftalmológico de rutina o médico	11/01/2021
04/06/2022	Revisión anual; no hay cambios de criterio.	05/01/2022

## BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

1. Alabdulkader B. Effect of digital device use during COVID-19 on digital eye strain. *Clin Exp Optom.* 2021 Aug;104(6):698-704. doi: 10.1080/08164622.2021.1878843. Epub 2021 Feb 22. PMID: 33689614.
2. Alatawi A, Alali N, Alamrani A, et al. Amblyopia and Routine Eye Exam in Children: Parent's Perspective. *Children (Basel).* 2021 Oct 18;8(10):935. doi: 10.3390/children8100935. PMID: 34682200; PMCID: PMC8535128.
3. Chen SP, Bhattacharya J, Pershing S. Association of Vision Loss with Cognition in Older Adults. *JAMA Ophthalmol.* 2017;135(9):963–970. doi:10.1001/jamaophthalmol.2017.2838.
4. DeCarlo, Dawn K.; Swanson, Mark; McGwin, Gerald, et al ADHD and Vision Problems in the National Survey of Children's Health, *Optometry and Vision Science: May 2016 - Volume 93 - Issue 5 - p 459-465* doi: 10.1097/OPX.000000000000008.
5. Eppley SE, Mansberger SL, Ramanathan S, Lowry EA. Characteristics Associated with Adherence to Annual Dilated Eye Examinations among US Patients with Diagnosed Diabetes. *Ophthalmology.* 2019;126(11):1492-1499. doi:10.1016/j.ophtha.2019.05.033.
6. Fong A, Scoulios N, Blumenthal HJ, Anderson RE. Using Machine Learning to Capture Quality Metrics from Natural Language: A Case Study of Diabetic Eye Exams. *Methods Inf Med.* 2021 Sep;60(3-04):110-115. doi: 10.1055/s-0041-1736311. Epub 2021 Oct 1. PMID: 34598298.
7. Le Floch A, Ropars G. Left-right asymmetry of the Maxwell spot centroids in adults without and with dyslexia. *Proc Biol Sci.* 2017 Oct 25;284(1865):20171380. doi: 10.1098/rspb.2017.1380. PMID: 29046375; PMCID: PMC5666095.
8. Martin EF. Performing pediatric eye exams in primary care. *Nurse Pract.* 2017;42(8):41-47. doi:10.1097/01.NPR.0000520791.94940.7e.
9. Medical Advisory Secretariat. Routine eye examinations for persons 20-64 years of age: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2006;6(15):1-81.
10. Picone G, Brown D, Sloan F, et al. Do routine eye exams improve vision?. *Int J Health Care Finance Econ.* 2004;4(1):43-63. doi:10.1023/b:ihfe.0000019262.27436.3d.
11. Robin A, Giovingo M. Screening recommendations for diabetics. *Dis Mon.* 2021 May;67(5):101116. doi: 10.1016/j.disamonth.2020.101116. Epub 2021 Feb 16. PMID: 33602543.
12. Schumacher AC, Ball ML, Arnold AW, et al. Oculocardiac Reflex During ROP Exams. *Clin Ophthalmol.* 2020 Dec 4;14:4263-4269. doi: 10.2147/OPTH.S288043. PMID: 33324032; PMCID: PMC7732975.
13. Shah R, Amador C, Tormanen K, et al. Systemic diseases and the cornea. *Exp Eye Res.* 2021 Mar;204:108455. doi: 10.1016/j.exer.2021.108455. Epub 2021 Jan 21. PMID: 33485845; PMCID: PMC7946758.
14. Williams AM, Liu PJ, Muir KW, et al. Behavioral economics and diabetic eye exams. *Prev Med.* 2018;112:76-87. doi:10.1016/j.ypmed.2018.04.006.

15. Zhu X, Xu Y, Xu X, et al. Psychometric assessment and application of the Chinese version of the Compliance with Annual Diabetic Eye Exams Survey in people with diabetic retinopathy. *Diabet Med.* 2020 Jan;37(1):84-94. doi: 10.1111/dme.14092. Epub 2019 Aug 18. PMID: 31365948.

## FUENTES

1. American Academy of Ophthalmology, Frequency of Ocular Examinations – 2015.
2. American Academy of Ophthalmology, Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation-Preferred Practice Pattern – 2015.
3. American Academy of Ophthalmology, Pediatric Eye Evaluations Preferred Practice Pattern 2017.
4. CMS: Medicare Claims Processing, Transmittal 178, CR 2321, May 14, 2004.
5. CMS: Medicare Claims Processing Manual Chapter 12 §40.2.A8. Accessed 3/2/2019.
6. Comprehensive Adult Eye and Vision Examination-Evidence Based Clinical Practice Guideline, 1<sup>st</sup> edition, American Optometric Association, 2015.
7. Comprehensive Pediatric Eye and Vision Examination-Evidence Based Clinical Practice Guideline-American Optometric Association, as approved by AOA Board 2/12/2017.