

Nombre de la política	Política clínica: Refracción
Número de la política	1310.00
Departamento	Productos Clínicos y Estrategia (Clinical Product & Strategy)
Subcategoría	Administración médica
Fecha de aprobación original	05/24/2017
Fecha de aprobación de MPC/CCO actual	01/04/2023
Fecha de entrada en vigencia actual	04/01/2023

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

SIGLAS y DEFINICIONES	
BCVA	Mejor agudeza visual corregida
Refractometría	Una medida de un error de refracción
Refracción	Examen oftalmológico con antecedentes, examen, diagnóstico y tratamiento, incluyendo la receta de los lentes

PROPÓSITO

Brindar los criterios de necesidad médica para respaldar las indicaciones de la refracción y para presentar las decisiones de necesidad médica. También se definen los códigos de procedimientos vigentes.

POLÍTICA

A. ANTECEDENTES

El objetivo de la refracción clínica es determinar la potencia del lente corrector que conseguirá un enfoque óptimo y preciso cuando se coloque delante del ojo.

En el CPT (AMA) una refracción es un “servicio oftalmológico especial” prestado además de un examen oftalmológico cuando el oftalmólogo u optometrista indican que la agudeza visual no corregida del paciente puede mejorarse y se da una receta para lentes correctores

(anteojos o lentes de contacto). El HCPCS (CMS) adopta un enfoque diferente y trata la refracción como una parte inherente a un examen oftalmológico de rutina.

La refractometría es una medición del error de refracción, pero no incluye la receta de los lentes correctores. En los casos en que las leyes y las reglamentaciones estatales lo permiten, la hacen técnicos, auxiliares de consultorio u otro personal sanitario cualificado y pueden utilizar fotopantallas, autorrefractores, aberrómetros, forópteros, monturas de prueba y otros instrumentos. La refracción y la receta de los anteojos implican los antecedentes, el examen, el diagnóstico y las decisiones de tratamiento para que el médico satisfaga las necesidades visuales de cada paciente. La refractometría es un componente del examen oftalmológico (o refracción) y no es un servicio independiente.

B. Medicamento necesario

Las pruebas diagnósticas, incluyendo la refracción, se vuelven médicamente necesarias debido a señales, síntomas o antecedentes médicos relevantes de una condición sobre la que el médico necesita más información. La refracción se realiza cuando la agudeza visual no corregida del paciente indica que existe una ametropía. La ametropía, como la miopía, la hipermetropía, el astigmatismo o la presbicia, puede ser causada por otras enfermedades, como la diabetes mellitus o las cataratas. El valor de la refracción no es simplemente la cuantificación de la ametropía (es decir, la refractometría); es lograr la mejor agudeza visual corregida (BCVA) mediante la receta de lentes correctores que proporciona un beneficio significativo al paciente, como la mejora de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

1. La refracción se considera necesaria:

- a. Para minimizar o eliminar los errores de refracción y mejorar la agudeza visual no corregida.
- b. Para mejorar la BCVA de los anteojos o lentes de contacto actuales.
- c. Para recetar otros lentes (p. ej., anteojos rotos, lentes de contacto perdidos).
- d. Para recetar otros anteojos para otras circunstancias o funciones (p. ej., gafas de protección, anteojos para computadora, anteojos para piano, anteojos de descanso).
- e. Para recetar prismas en los anteojos para tratar las forias o tropias sintomáticas.
- f. Para recetar materiales para la baja visión (p. ej., lentes bifocales altas, telescopios, lupas).
- g. Para tratar el error de refracción residual (es decir, pseudofaquia o afaquia) después de la cirugía de cataratas.

2. La refracción es un componente del examen oftalmológico y no se reembolsa por separado. Las refracciones pueden repetirse cuando el examinador sospeche un cambio.

C. Documentación

La necesidad médica se debe respaldar con documentación adecuada y completa en la historia clínica del paciente que describa el procedimiento y la justificación médica como en los requisitos mencionados arriba. Todos los artículos deben estar disponibles según se soliciten para iniciar o mantener los pagos anteriores. 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 médico debe autenticar los servicios prestados/solicitados con una firma manuscrita o electrónica. No se aceptan firmas estampadas.

1. La necesidad médica para la refracción, incluyendo, entre otros, los antecedentes médicos de interés, el examen físico y los resultados de pruebas o procedimientos de diagnóstico pertinentes. Todos los resultados y el plan de acción deben documentarse en la historia clínica del paciente.
2. Una receta para los lentes. Pueden ser anteojos, lentes de contacto u otros lentes. Incluye la especificación del tipo de lente (monofocal, bifocal u otro), la potencia, el eje, el prisma, el factor de absorción y la resistencia a los impactos del lente, y otros factores. La refracción no es equivalente a la adaptación de los lentes de contacto, con la determinación de las curvas base, el diámetro, los biseles y los materiales de los lentes, pero es un complemento necesario para la adaptación.

D. Información sobre el procedimiento

Código CPT	
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
92015	Determinación del estado de refracción
G0466	Visita a un centro de salud con calificación federal (FQHC), nuevo paciente (solo para Medicare)
G0467	Visita a un centro de salud con calificación federal (FQHC), paciente existente (solo para 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 (FQHC) (solo para Medicaid)
Los códigos CPT 92002, 92004, 92012, 92014, 92015, S0620 y S0621 se notifican por paciente y no por ojo. Estos procedimientos se consideran unilaterales o bilaterales y solo se pueden reembolsar una vez por consulta.	
Modificadores no válidos	

Modificadores anatómicos	Los modificadores RT, LT, 50, E1, E2, E3 y E4 no son apropiados para estos códigos. No añade estos modificadores a ninguno de los códigos de examen oftalmológico indicados arriba.
TC y 26	No existe un componente técnico de refracción porque este servicio no se puede delegar a un auxiliar de consultorio o a un técnico oftalmólogo; los modificadores TC y 26 no son modificadores válidos para añadir a ninguno de los códigos de arriba para el examen oftalmológico de rutina.
Modificadores quirúrgicos	La refracción no es un servicio quirúrgico. Los modificadores AS, XE, XP, XS, XU, 22, 52, 54, 55, 58, 59, 76, 77, 78, 79, 80, 81 y 82 no deben añadirse a ninguno de los códigos de arriba para el examen oftalmológico de rutina.
Código de diagnóstico	
Si el diagnóstico principal es un trastorno de la refracción y la acomodación, y el beneficiario tiene un plan de visión con o sin un plan médico, utilice un código ICD-10 de la serie H52 en la demanda para el examen oftalmológico de rutina con refracción (S0620, S0621) o, por el contrario, la visita en el consultorio (920xx) y la refracción (92015). El porcentaje de pago es el mismo con cualquiera de los dos enfoques.	
Si el diagnóstico principal es una enfermedad, una lesión o una anomalía cubierta en la política 1316 para exámenes oftalmológicos bajo un plan médico, una demanda por reembolso de una refracción concurrente utilizará el mismo diagnóstico principal, y un diagnóstico secundario en la serie H52. El pago de la refracción se suma al examen oftalmológico.	
Código ICD-10	
H52.01-H52.03	Hipermetropía
H52.11-H52.13	Miopía, ojo derecho
H52.201-H52.203	Astigmatismo no especificado
H52.211-H52.213	Astigmatismo irregular
H52.221-H52.223	Astigmatismo regular
H52.31	Anisometropía
H52.32	Aniseiconia
H52.4	Presbicia
H52.511 - H52.513	Oftalmoplejia interna
H52.521 - H52.523	Paresia de acomodación
H52.531 - H52.533	Espasmo de acomodación
H52.6	Otros trastornos de refracción
H52.7	Trastorno de refracción no especificado
H53.50	Defectos de la visión cromática no especificados
Z01.00	Consulta para el examen de los ojos y la vista sin resultados anormales
Z01.01	Consulta para el examen de los ojos y la vista con resultados anormales

Z01.020	Consulta para el examen de los ojos y la vista después de una prueba de vista fallida sin resultados anormales
Z01.021	Consulta para el examen de los ojos y la vista después de una prueba de vista fallida con resultados anormales
Z46.0	Consulta para la adaptación y el ajuste de anteojos y lentes de contacto
Z82.1	Antecedentes familiares de ceguera y pérdida de la visión
Z83.511	Antecedentes familiares de glaucoma
Z83.518	Antecedentes familiares de otro trastorno de la vista especificado
Z97.3	Presencia de anteojos y lentes de contacto

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	
1316	Exámenes oftalmológicos

ANTECEDENTES DE DOCUMENTOS		
<i>Fecha de aprobación</i>	<i>Revisión</i>	<i>Fecha de entrada en vigencia</i>
05/24/2017	Política inicial	05/24/2017
02/06/2017	Revisión anual; no hay cambios de criterio.	02/06/2017
03/21/2018	Revisión anual; no hay cambios de criterio.	03/21/2018
03/13/2019	Revisión anual; no hay cambios de criterio.	03/13/2019
02/19/2020	Revisión anual; no hay cambios de criterio.	04/01/2020
06/03/2020	Eliminación de las declaraciones de cobertura de las prestaciones; no se modifican los criterios	08/01/2020
01/06/2021	Revisión anual	04/01/2021
01/05/2022	Se agregaron los códigos ICD-10 H52.511-13.	02/01/2022
01/04/2023	Revisión anual; no hay cambios de criterio.	04/01/2023

BIBLIOGRAFÍA

1. Aghaei H, Es'haghi A. Contributing Factors in Final Refractive Outcomes After Re-treatment Procedures. J Refract Surg. 2020 Jun 1;36(6):419. doi: 10.3928/1081597X-20200522-01. PMID: 32521031.
2. Backhouse S, Fox S, Ibrahim B, et.al. Peripheral refraction in myopia corrected with spectacles versus contact lenses. Ophthalmic Physio Opt. 2012 Jul;32(4):294-303. doi: 10.1111/j.1475-1313.2012.00912. x. Epub 2012 May 12. PMID: 22577970.
3. Bonafede L, Bender L, Shaffer J, et.al. Refractive change in children with accommodative esotropia. Br J Ophthalmol. 2020 Sep;104(9):1283-1287. doi: 10.1136/bjophthalmol-2019-314891. Epub 2019 Dec 5. PMID: 31806647.
4. Camp AS, Shane TS, Kang J, et.al. Evaluating Self-Refractation and Ready-Made Spectacles for Treatment of Uncorrected Refractive Error. Ophthalmic Epidemiol. 2018 Oct-Dec;25(5-6):392-398. doi: 10.1080/09286586.2018.1500615. Epub 2018 Aug 17. PMID: 30118609.

5. Carracedo G, Carpena-Torres C, Pastrana C, et.al. Repeatability of Aberrometry-Based Automated Subjective Refraction in Healthy and Keratoconus Subjects. *J Ophthalmol*. 2020 Oct 30; 2020:4831298. doi: 10.1155/2020/4831298. PMID: 33489331; PMCID: PMC7803284.
6. Charlesworth E, Alderson AJ, de Juan V, et.al. When is refraction stable following routine cataract surgery? A systematic review and meta-analysis. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2020 Sep;40(5):531-539. doi: 10.1111/opo.12719. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32696501.
7. Gatinel D, Rampat R, Dumas L, et.al. An Alternative Wavefront Reconstruction Method for Human Eyes. *J Refract Surg*. 2020 Feb 1;36(2):74-81. doi: 10.3928/1081597X-20200113-01. PMID: 32032427.
8. Gil A, Hernández CS, Pérez-Merino P, et.al. Assessment of the QuickSee wavefront autorefractor for characterizing refractive errors in school-age children. *PLoS One*. 2020 Oct 28;15(10):e0240933. doi: 10.1371/journal.pone.0240933. PMID: 33112912; PMCID: PMC7592806.
9. Goldblum D, Brugger A, Haselhoff A, et.al. Longitudinal change of refraction over at least 5 years in 15,000 patients. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2013 May;251(5):1431-6. doi: 10.1007/s00417-012-2213-3. Epub 2012 Nov 28. PMID: 23188521.
10. He JC. A Model of the Effect of Lens Development on Refraction in Schoolchildren. *Optom Vis Sci*. 2017 Dec;94(12):1129-1137. doi: 10.1097/OPX.0000000000001146. PMID: 29116952.
11. Hennein L, de Alba Campomanes A. Longitudinal Analysis of Refractive Errors in Premature Children during the First Three Years of Life. *J Binocul Vis Ocul Motil*. 2020 Oct-Dec;70(4):170-176. doi: 10.1080/2576117X.2020.1830670. Epub 2020 Oct 23. PMID: 33095122.
12. Ishikawa N, Hayashi Y, Miyamoto T, et.al. Errors in the prediction of postoperative refraction following intraocular lens implantation in eyes with pseudoexfoliation syndrome. *J Cataract Refract Surg*. 2013 Apr;39(4):649-50. doi: 10.1016/j.jcrs.2013.02.023. PMID: 23522588.
13. Kanellopoulos AJ, Vingopoulos F. Does Pregnancy Affect Refractive and Corneal Stability or Corneal Epithelial Remodeling After Myopic LASIK? *J Refract Surg*. 2020 Feb 1;36(2):118-122. doi: 10.3928/1081597X-20200115-01. PMID: 32032433.
14. Khurana R, Tibrewal S, Ganesh S, et.al. Accuracy of noncycloplegic refraction performed at school screening camps. *Indian J Ophthalmol*. 2018 Jun;66(6):806-811. doi: 10.4103/ijo.IJO_982_17. PMID: 29785988; PMCID: PMC5989502.
15. Kobashi H, Hieda O, Itoi M, et.al, The Keratoconus Study Group of Japan. Corneal Cross-Linking for Paediatric Keratoconus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2021 Jun 15;10(12):2626. doi: 10.3390/jcm10122626. PMID: 34203646; PMCID: PMC8232120.
16. Kolker, RJ. Subjective Refraction and Prescribing Glasses. *Guide to Practical Techniques and Principals*. JCAHPO, Nov. 2014.
17. Kumar RS, Moe CA, Kumar D, et al. Accuracy of autorefraction in an adult Indian population. *PLoS One*. 2021 May 19;16(5): e0251583. doi: 10.1371/journal.pone.0251583. PMID: 34010350; PMCID: PMC8133404.
18. Kwok E, Patel B, Backhouse S, et.al. Peripheral refraction in high myopia with spherical soft contact lenses. *Optom Vis Sci*. 2012 Mar;89(3):263-70. doi: 10.1097/OPX.0b013e318242dfbf. PMID: 22282223.
19. Li M, Li M, Sun L, et.al. Predictive Formula for Refraction of Autologous Lenticule Implantation for Hyperopia Correction. *J Refract Surg*. 2017 Dec 1;33(12):827-833. doi: 10.3928/1081597X-20171016-01. PMID: 29227511.
20. Mutti DO, Sinnott LT, Lynn Mitchell G, et al. Ocular Component Development during Infancy and Early Childhood. *Optom Vis Sci*. 2018; 95(11):976–985; 2018.

21. Reinstein DZ, Yap TE, Carp GI, et.al; London Vision Clinic optometric group. Reproducibility of manifest refraction between surgeons and optometrists in a clinical refractive surgery practice. *J Cataract Refract Surg.* 2014 Mar;40(3):450-9. doi: 10.1016/j.jcrs.2013.08.053. PMID: 24581774.
22. Taberero J, Ohlendorf A, Fischer MD, et.al. Peripheral refraction profiles in subjects with low foveal refractive errors. *Optom Vis Sci.* 2011 Mar;88(3): E388-94. doi: 10.1097/OPX.0b013e31820bb0f5. PMID: 21258260.
23. Taberero J, Otero C, Pardhan S. A Comparison Between Refraction from an Adaptive Optics Visual Simulator and Clinical Refractions. *Transl Vis Sci Technol.* 2020 Jun 22;9(7):23. doi: 10.1167/tvst.9.7.23. PMID: 32832229; PMCID: PMC7414619.
24. Tan Y, Zhang J, Li W, et.al. Refraction Shift After Nd: YAG Posterior Capsulotomy in Pseudophakic Eyes: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Refract Surg.* 2022 Jul;38(7):465-473. doi: 10.3928/1081597X-20220516-01. Epub 2022 Jul 1. PMID: 35858199.
25. Taneri S, Arba-Mosquera S, Rost A, et.al. Repeatability and reproducibility of manifest refraction. *J Cataract Refract Surg.* 2020 Dec;46(12):1659-1666. doi: 10.1097/j.jcrs.0000000000000343. PMID: 33259390.
26. Teel DF, Jacobs RJ, Copland J, et.al. Differences between wavefront and subjective refraction for infrared light. *Optom Vis Sci.* 2014 Oct;91(10):1158-66. doi: 10.1097/OPX.0000000000000370. PMID: 25148218.
27. Tsuneyoshi Y, Negishi K, Tsubota K. Importance of Accommodation and Eye Dominance for Measuring Objective Refractions. *Am J Ophthalmol.* 2017 May; 177:69-76. doi: 10.1016/j.ajo.2017.02.013. Epub 2017 Feb 22. PMID: 28237412.
28. Wang YH, Huang C, Tseng YL, et.al. Refractive Error and Eye Health: An Umbrella Review of Meta-Analyses. *Front Med (Lausanne).* 2021 Nov 4; 8:759767. doi: 10.3389/fmed.2021.759767. PMID: 34805225; PMCID: PMC8599990.
29. Wertheimer CM, Brandt K, Kaminsky S, et.al. Refractive Changes After Corneal Stromal Filler Injection for the Correction of Hyperopia. *J Refract Surg.* 2020 Jun 1;36(6):406-413. doi: 10.3928/1081597X-20200429-01. PMID: 32521029.
30. Wilson S, Ctori I, Shah R, et.al. Systematic review and meta-analysis on the agreement of non-cycloplegic and cycloplegic refraction in children. *Ophthalmic Physio Opt.* 2022 Nov;42(6):1276-1288. doi: 10.1111/opo.13022. Epub 2022 Aug 1. PMID: 35913773.
31. Wu J, Xiong L, Wang Z, et.al. Correction of Moderate to High Hyperopia with Implantation of an Allogeneic Refractive Lenticule. *J Refract Surg.* 2020 Nov 1;36(11):772-779. doi: 10.3928/1081597X-20200826-01. PMID: 33170285.

FUENTES

1. AAO Pediatric Ophthalmology/Strabismus PPP Panel, Hoskins Center for Quality Eye Care. Pediatric Eye Evaluations Preferred Practice Pattern – 2018
2. Advertising of Ophthalmic Goods and Services, Statement of Basis and Purpose and Final Trade Regulation Rule, 43 FR 23992, 23998 (June 2, 1978). Reviewed and confirmed, [Federal Register, Vol.69, No.23, 5451, 5455 \(February 4, 2004\).](#)
3. Comprehensive Adult Eye and Vision Examination-Evidence Based Clinical Practice Guidelines, 1st Edition, The American Optometric Association 2015.
4. Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation-Preferred Practice Pattern, The American Academy of Ophthalmology 2015.

5. Comprehensive Pediatric Eye and Vision Examination-Evidence Based Clinical Practice Guidelines, American Optometric Association, as approved by AOA Board 2/12/2017.
6. CPT Assistant Mar 96:11, Feb 97:6, Aug 98:3, Aug 06:11, Mar 13:6, Mar 16:11
Pediatric Eye Examination-Preferred Practice Pattern-American Academy of Ophthalmology, 2017.