

26 de diciembre de 2024

A TODOS LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DEL PLAN DE SALUD MENONITA

RE: CÓDIGOS NUEVOS & ELIMINADOS CPT® 2025

Estimado(a) proveedor(a):

En Plan de Salud Menonita nuestro compromiso es trabajar con nuestros proveedores de manera integrada y coordinada para el mejor manejo de nuestros beneficiarios. Esta comunicación incluye los códigos nuevos y eliminados del *Common Procedural Terminology*® (CPT®) 2025, según publicados por la Asociación Médica Americana (AMA, por sus siglas en inglés). La efectividad y terminación de los códigos es aplicable a **Plan de Salud Menonita: Comercial y Vital (Medicaid)**.

En el caso del Plan Vital (Medicaid), para recibir pago por servicios descritos con códigos nuevos, y que no están cubiertos (según establecido por la ASES), el proveedor deberá solicitar una preautorización del mismo. Es necesario que se refiera al Manual de CPT® 2025 para las descripciones específicas del código, además de las guías de codificación estándares en la industria. Esta carta contiene la referencia para servicios que preautorizan clasificados para Comercial y Vital, según aplique, pero no sustituye la publicación anual que Plan de Salud Menonita realiza para los servicios que preautorizan.

Cualquier servicio que conlleve nueva tecnología, deberá ser validado con su representante de contrataciones previo a la facturación de este. Deberá enviar la solicitud de propuesta para nueva tecnología con la documentación correspondiente al correo electrónico contractingghp@pns-pr.com.

Nos mantenemos a su orden para atender cualquier duda o pregunta.

Centro de Servicio al Proveedor

1-855-297-0140 (libre de cargos)
lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
<http://psmconnet.psmpr.com>

Cordialmente,



Sandra V. Peña Pérez, PT, MHSA
Principal Oficial Administración Reclamaciones y
Operaciones de Sistemas de Información

CÓDIGOS NUEVOS CPT[®] 2025

NOTAS ACLARATORIAS:

- CPTs con asterisco (*) representan códigos “Add-On”
- La información aquí incluida no significa que todos los códigos serán cubiertos y considerados para pago.
- Para asegurar la cubierta de servicios que requieren preautorización, consulte la carta circular correspondiente.
- Algunos servicios cubiertos para suscriptores de PSM Vital no están cubiertos para suscriptores de PSM Comercial.
- El pago para el servicio de Telemedicina estará sujeto a las disposiciones del Departamento de Salud bajo la Ley Núm. 168 de 1 de agosto de 2018, según enmendada, conocida como la “Ley para el Uso de la Telemedicina en Puerto Rico”.
- Los CPTs de Telemedicina 98000-98016 son nuevos para el 2025. PSM estará divulgando instrucciones específicas para la facturación de estos CPTs.

CÓDIGOS NUEVOS 2025	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO
EVALUACIÓN & MANEJO (TELEMEDICINA)	
<p>Estos códigos describen encuentros interactivos en tiempo real entre el paciente y el médico u otro profesional de</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requieren un sistema de telecomunicaciones de audio o audio y video sincrónicas. • Debe utilizarse estrictamente según se documente la E/M en la fecha del encuentro y la descripción del código. • No se utilizan para telecomunicaciones de rutina relacionadas con un encuentro anterior (por ejemplo, para comunicar resultados de laboratorio). • Se pueden utilizar para el seguimiento de un encuentro anterior cuando se requiere un seguimiento. 	
98000	Visita sincronizada con audio y vídeo, a un paciente nuevo; sencilla o de más de 15 minutos
98001	Visita sincronizada con audio y vídeo, a un paciente nuevo; baja o de más de 30 minutos
98002	Visita sincronizada con audio y vídeo, a un paciente nuevo; moderada o de más de 45 minutos
98003	Visita sincronizada con audio y vídeo, a un paciente nuevo; alta o de más de 60 minutos
98004	Visita sincronizada con audio y vídeo, a un paciente conocido; sencilla o de más de 10 minutos
98005	Visita sincronizada con audio y vídeo, a un paciente conocido; baja o de más de 20 minutos
98006	Visita sincronizada con audio y vídeo, a un paciente conocido; moderada o de más de 340 minutos
98007	Visita sincronizada con audio y vídeo, a un paciente conocido; alta o de más de 40 minutos
98008	Visita sincronizada solo con audio y vídeo, a un paciente nuevo; sencilla (discusión médica de más de 10 minutos) o de más de 15 minutos
98009	Visita sincronizada solo con audio y vídeo, a un paciente nuevo; baja (discusión médica de más de 10 minutos) o de más de 30 minutos
98010	Visita sincronizada solo con audio y vídeo, a un paciente nuevo; moderada (discusión médica de más de 10 minutos) o de más de 45 minutos
98011	Visita sincronizada solo con audio y vídeo, a un paciente nuevo; alta (discusión médica de más de 10 minutos) o de más de 60 minutos
98012	Visita sincronizada solo con audio y vídeo, a un paciente conocido; sencilla (discusión médica de más de 10 minutos) o de más de 15 minutos
98013	Visita sincronizada solo con audio y vídeo, a un paciente conocido; baja (discusión médica de más de 10 minutos) o de más de 20 minutos
98014	Visita sincronizada solo con audio y vídeo, a un paciente conocido; moderada (discusión médica de más de 10 minutos) o de más de 30 minutos

CÓDIGOS NUEVOS 2025	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO
98015	Visita sincronizada solo con audio y vídeo, a un paciente conocido; alta (discusión médica de más de 10 minutos) o de más de 40 minutos
98016	El código no requiere tecnología de video. Pero si debe ser: <ul style="list-style-type: none"> • Iniciado por el paciente • Registro virtual • Solo pacientes establecidos • No se origina en un servicio E/M relacionado de los 7 días anteriores • No conduce a un servicio E/M dentro de las próximas 24 horas o la cita más próxima disponible • El tiempo desde 98016 se puede agregar al tiempo del servicio E/M para el tiempo total cuando el registro virtual conduce a un servicio E/M en la misma fecha del calendario
SISTEMA INTEGUMENTARIO	
<p>Los códigos (15011-15018) para Autoinjerto en Suspensión de Células Cutáneas (SCSA, por sus siglas en inglés) incluyen la recolección de piel, la preparación del autoinjerto y la aplicación del SCSA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trabajo involucrado en SCSA no se describió con precisión en los códigos existentes de autoinjerto/autoinjerto de cultivo de tejido (15040-15261) o códigos de injerto sustituto de piel (15271-15278) • Para el tratamiento de afecciones como heridas por quemaduras térmicas, avulsión traumática (p. ej., desprendimiento), escisión quirúrgica (ej. infección de tejido necrosante) o resección (ej. cáncer de piel) • Algunos establecen lugar y todos identifican un tamaño 	
15011	Los códigos SCSA recolectan (15011,15012) piel dérmica y epidérmica (ej. de 0.006 a 0.008 pulgadas de profundidad)
15012*	
15013	La preparación de SCSA con los códigos (15013, 15014) requiere: <ul style="list-style-type: none"> • procesamiento enzimático, • desagregación mecánica manual de las células de la piel y • filtración de la suspensión final *No facture los códigos 15013, 15014 si la piel extraída se procesa de forma no manual (es decir, mediante automatización)
15014*	
15015	Los códigos son para la aplicación en aerosol (15015-15018) para heridas y sitios donantes: <ul style="list-style-type: none"> • Se incluye la aplicación de un apósito primario y fijación (por ejemplo, pegamento quirúrgico, suturas, grapas)
15016*	
15017	
15018*	
SISTEMA MUSCULOESQUELETAL	
25448	Se estableció un nuevo código 25448, para facturar los procedimientos de artroplastia articular (es decir, intercarpiana o carpometacarpiana): <ul style="list-style-type: none"> • Describe la transferencia o trasplante del tendón y la interposición de tendones, cuando se realizan.
SISTEMA HÉMICO Y LINFÁTICO	
38225	Los códigos 38225-38228 corresponden a recolección de linfocitos T derivados de la sangre y el control del paciente. El médico permanece disponible de inmediato durante todo el procedimiento. El médico evalúa al paciente y maneja cualquier complicación que ocurra. Además, supervisa,
38226	

CÓDIGOS NUEVOS 2025	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO
38227	recibe, revisa, confirma y documenta el registro de lote (BR) después de la recolección del producto, estén asociados con la lista de verificación del proceso de tratamiento específico de CART definida por el centro.
38228	
SISTEMA DIGESTIVO	
49186	Los códigos 49186-49190 describen la escisión o destrucción de tumores o quistes intraabdominales primarios o secundarios mediante un abordaje abierto <ul style="list-style-type: none"> • Incluye cito-reducción, reducción de masa u otros métodos de extirpación de tumores o quistes • Estos códigos se facturan cuando los tumores y quistes intraabdominales resecados o destruidos no surgen directamente de un órgano resecado • Si un tumor surge directamente de un órgano o tejido blando, solo se factura el código de procedimiento de resección o destrucción del órgano o tejido blando del que surgen los tumores
49187	
49188	
49189	
49190	
SISTEMA URINARIO	
53865	Los códigos 53865, 53866, se han establecido para describir la inserción de un dispositivo temporal para remodelar el cuello de la vejiga y la próstata y la extracción del dispositivo temporal. <ul style="list-style-type: none"> • Los nuevos códigos reflejan la nueva tecno-logía y la evolución de los servicios que se prestan actualmente con cistouretroscopia para la inserción temporal y la extracción de la sonda. • Estos códigos se facturan normalmente para el tratamiento de síntomas debido a la obs-trucción del flujo urinario secundaria a la hiperplasia prostática benigna.
53866	
51721	Los códigos 51721, 55881, y 55882 son para personas que requieren una ablación ecográfica transuretral de la próstata para el tratamiento del cáncer de próstata. La resonancia magnética es una modalidad de diagnóstico por imágenes comprobada y establecida para evaluar y monitorear la ablación de tejido prostático mediante ecografía transuretral representada por los códigos 55881 y 55882. El código 55882 combina la colocación del dispositivo y el tratamiento para que coincida con el trabajo realizado por el mismo médico. Nota: Esto difiere del código 55880 ultrasonido focalizado de alta intensidad (HIFU), que es de "alta intensidad" y abordaje transrectal.
55881	
55882	
SISTEMA ENDOCRINO	
60660	Se ha establecido el código 60660 para facturar sobre la ablación percutánea por radiofrecuencia de uno o más nódulos tiroideos en un lóbulo o en el istmo, que incluye guía por imágenes.
60661*	Se ha establecido el código adicional 60661 para facturar sobre la ablación percutánea por radiofrecuencia de uno o más nódulos tiroideos en un lóbulo adicional e incluye guía por imágenes para el procedimiento.

CÓDIGOS NUEVOS 2025	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO
SISTEMA NERVIOSO	
61715	El código se establece para la ablación este-reotáctica, mediante ultrasonidos focalizados de alta intensidad guiados por imágenes de resonancia magnética (MRgFUS)
64466	Se han establecido los códigos 64466-64474, para describir cuando se coloca un transductor de ultrasonido sobre el área objetivo para el bloqueo del plano fascial. Con la guía ecográfica continua, se identifican las capas de la pared torácica o la fascia ilíaca. La visualización de la ubicación correcta de la aguja es mediante hidrodisección. El método de administrar el anestésico, puede ser por inyección o infusión continua. Además del área anatómica, se debe seleccionar el código que identifica si el servicio fue unilateral o bilateral.
64467	
64468	
64469	
64473	
64474	
SISTEMA OJOS Y ADNEXAS	
66683	El código 66683, es para implantes de iris artificial delante de la lente intraocular (LIO) previamente implantado. La inserción de una prótesis de iris se realiza en pacientes con afecciones como aniridia (ausencia del iris) o lesiones traumáticas en el iris.
RADIOLOGIA	
Se incorporan 6 nuevos códigos 76014-76019 que solo pueden ser facturados por un médico u otro profesional de salud cualificado:	
<ul style="list-style-type: none"> • Identifica el trabajo asociado con la evaluación y la prestación de servicios de seguridad relacionados con la realización de exámenes de resonancia magnética (RM) en presencia de dispositivos médicos implantados o cuerpos extraños. • Estos servicios no son servicios de evaluación y manejo (E/M). • Los códigos 76014-76016 identifican los servicios de planificación de seguridad de RM que normalmente se realizan antes de la fecha del procedimiento de RM, excepto en casos realizados de manera urgente. • Los códigos 76017-76019 se realizan en el día del procedimiento de RM. • Los tres códigos se pueden facturar por separado o para el mismo procedimiento de MR. 	
76014	Los códigos 76014-76015 son solo para trabajo del personal clínico, no para trabajo de médicos u otros profesionales cualificados
76015*	<ul style="list-style-type: none"> • Son componente técnico (TC) únicamente • Generalmente lo realiza un tecnólogo del departamento de resonancia magnética o un miembro del personal clínico • Los códigos están basados en el tiempo, por lo que es importante documentarlo, adicional a las verificaciones realizadas en el servicio.
76016	<p>El código 76016, debe ser facturado por un médico u otro profesional de la salud calificado responsable del procedimiento es para facturar un implante o dispositivo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> •no tenga una etiqueta condicional para RM, •esté contraindicado para RM, o •pueda dar lugar a un examen de RM limitado <p>No facture el código, si se sabe que el dispositivo o implante es seguro para RM o si la etiqueta condicional para RM es clara o no es relevante Requiere un informe escrito por parte del médico u otro QHP</p>

CÓDIGOS NUEVOS 2025	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO
76017	<p>El código 76017 solo puede ser facturado por un médico u otro QHP. Un físico médico trabaja directamente con el médico u otro QHP (que informa el código) para:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Revisar las indicaciones del examen •Analizar y ajustar los protocolos de exploración de RM en función de los parámetros específicos del paciente y los requisitos de imagen •Monitorear el desempeño del examen de RM en sí en tiempo real <p>Se debe generar un informe escrito en el historial médico para documentar cómo se personalizó y modificó el examen para las circunstancias específicas del paciente.</p>
76018	<ul style="list-style-type: none"> • El código 76018, se factura cuando el dispositivo implantado se programa en el "modo seguro" recomendado por el fabricante el día del examen • Debe realizarse bajo la supervisión de un médico u otro profesional de la salud calificado • Debe realizarse en la sala de RM • No se puede facturar si la programación se realiza fuera de la sala de resonancia magnética o antes de la fecha del examen de resonancia magnética (por ejemplo, en el consultorio de un médico remitente) • Solo se puede facturar si la programación se realiza en la sala de resonancia magnética el día del servicio bajo la supervisión de un médico u otro profesional de la salud calificado • El código 95970 también se facturaría para la reprogramación después del examen de resonancia magnética si se realiza fuera de la sala de resonancia magnética • Solo se debe facturar una vez, incluso si el dispositivo se vuelve a configurar en modo normal después de la exploración
76019	<p>Código 76019, se factura cuando un dispositivo implantado necesita una posición especial o inmovilización para realizar de forma segura el examen de RM.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere una discusión previa con el paciente y el consentimiento informado para proceder
LABORATORIO Y PATOLOGIA	
81195	<p>El código 81195, es para el aspirado de médula ósea que se envió para la prueba de mapeo óptico del genoma (OGM).</p>
81515	<p>El código 81515, es para la prueba Cepheid® BV. Anteriormente, el código era 0352U, que ahora está eliminado. Se toma una muestra vaginal para un panel de vaginitis molecular.</p>
81558	<p>El código 81558, es para un seguimiento después del trasplante de riñón, para ver el resultado de la quiescencia (Quiescence) inmunitaria tras el trasplante renal. Se envía una muestra de sangre para su análisis molecular.</p>
82233	<p>Estos códigos 82233-82234, son para la Pro-teína beta amiloide. Se solicita para evaluar el deterioro cognitivo. Debido a que estas proteínas se encuentran en niveles muy bajos, estos</p>
82234	<p>análisis de salud cerebral son extremadamente sensibles.</p>
83884	<p>El código 83884, es para pacientes con el diagnóstico establecido de esclerosis múltiple; en paciente referidos por un neurólogo para el control de la actividad de la enfermedad. Se obtiene una muestra de sangre para realizar una prueba de cadena ligera de neu-rofilamentos (NFL).</p>

PLAN DE SALUD
MENONITA

CÓDIGOS NUEVOS 2025	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO
84393	Estos códigos 84393-84394, son para la evaluación neurológica del deterioro cognitivo gradual. Se solicita la medición de la proteína Tau fosforilada/Tau total.
84394	
86581	El código 86581, es para los niveles de seguimiento de los serotipos de anticuerpos contra <i>Streptococcus pneumoniae</i> (IgG) que se solicitan para evaluar una posible inmunodeficiencia después de la administración de la vacuna neumocócica.
87513	El código 87513, es para procesar la muestra fecal y ejecutar un ensayo de reacción en cadena de la polimerasa para detectar la presencia de <i>H. pylori</i> y resistencia a la claritromicina.
87626	El código 87626, es para someter una alícuota del vial de conservación de citología a la amplificación del ADN, mediante la reacción en cadena de la polimerasa para la detección de 14 VPH de alto riesgo. Incluye el envío de reporte de los resultados del genotipo individual.
87564	El código 87564, es para analizar la muestra de esputo para el ensayo que amplifica secuencias específicas del complejo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> para la detección e identificación y el gen <i>rhoB</i> para la detección de mutaciones asociadas a la resistencia a la rifampicina.
87594	El código 87594, es para analizar la muestra de lavado broncoalveolar del paciente para detectar ADN de <i>Pneumocystis jirovecii</i> mediante PCR en tiempo real.
CÓDIGOS DE ANÁLISIS DE LABORATORIO PATENTADOS (PLA, por sus siglas en ingles)	
0420U-0426U	PSMV no cubre los códigos PLA. Utilice el CPT en las Categoría I. Toda prueba molecular requiere pre-autorización. Proveedores que ofrezcan alguno de estos servicios deberán solicitar pre-autorización y la contratación de estos al siguiente correo electrónico contractingghp@pns-pr.com . De otra manera estos servicios no están cu-biertos.
0438U-0520U	
0521U-0530U	Previamente publicados por AMA. Efectivos a 01/01/2025
INMUNIZACIONES	
90624	El código 90624, se ha establecido para facturar la inmunización contra la infección meningocócica para las proteínas recombinantes Men B-4C y Men A, C, W e Y conjugados. El código contiene serogrupos conjugados a un portador de toxoide diftérico, mientras que el código existente 90623, vacuna pentavalente meningocócica, conjugada con portador de toxoide tetánico Men A, C, W, Y y Men B-FHbp, para uso intramuscular, utiliza un portador de toxoide tetánico. Efectividad fue el 10/01/2024
90637	El código 90637, describen la vacuna antigripal mRNA, de 30 mcg/0.5mL. Se recomienda para personas de 18-64 años. Efectividad fue el 07/01/2024
90638	El código 90638, describen la vacuna antigripal mRNA, de 60 mcg/0.5mL. Se recomienda para personas mayores de 60 años. Efectividad fue el 07/01/2024

*Códigos *Add-On*

CÓDIGOS NUEVOS 2025	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO
90684	El código 90684, para PCV21 ayuda a proteger contra 21 serotipos diferentes de la bacteria <i>Streptococcus pneumoniae</i> y proporciona una cobertura más amplia que las vacunas neumocócicas (90670, 90671 y 90677). Efectividad fue el 07/17/2024
90695	El código 90695, es para personas que posiblemente hayan estado expuestas y a quienes se les recomienda que se vacunen contra el virus H5N8 debido a su mayor riesgo. El paciente acepta recibir la vacuna contra el virus H5N8. Efectividad fue el 07/19/2024
OFTALMOLOGIA	
92137	El código 92137, es para diagnóstico por imágenes oftálmicas computarizadas de la retina. Incluye tomografía de coherencia óptica (OCT) y angiografía OCT.
NEUROLOGIA	
Estudios Doppler transcraneales (TCD): En un TCD, la evaluación ecográfica es un intento razonable y concertado de identificar señales arteriales a través de una ventana acústica. Use los códigos 93896, 93897, 93898, cuando se realice un estudio de vasorreactividad, detección de émbolos sin inyección intravenosa de microburbujas o detección de derivación veno-arterial con inyección intravenosa de microburbujas junto con un TCD completo el mismo día.	
93896*	El código 93896, es para una situación en la que durante el TCD completo, se solicita una prueba de vasorreactividad para evaluar la suficiencia de la reserva cerebrovascular del flujo colateral. El código incluye la evaluación ecográfica de los territorios de circulación anterior derecho e izquierdo y del territorio de circulación posterior (que incluye las arterias vertebrales y la arteria basilar). [Nota: Este es un código adicional. Solo considere el trabajo adicional relacionado con la prueba de vasorreactividad].
93897*	El código 93897, es para una situación en la que durante el estudio TCD completo, se solicita la detección de émbolos para evaluar la evidencia de una fuente embólica proximal. [Nota: Este es un servicio complementario. Solo considere el trabajo adicional relacionado con la detección de émbolos].
93898*	El código 93898, es para una situación en la que durante el estudio TCD completo, se solicita una inyección de solución salina agitada para evaluar la presencia de un cortocircuito intracardiaco de derecha a izquierda o una fístula AV pulmonar. [Nota: Este es un código adicional. Solo se debe considerar el trabajo adicional relacionado con la detección del cortocircuito].
ASESORAMIENTO GENETICO	
96051	El código 96051, identifica los servicios de genética médica y asesoramiento genético, cada 30 minutos en la fecha del encuentro.

Códigos Nuevos 2025	Información relacionada al servicio
	CATEGORIA III o Nueva Tecnologia
0867T	<p>CPT Categoría III, es un conjunto temporal de códigos para fusionar tecnologías, servicios, procedimientos y paradigmas de servicios emergentes. PSMV no cubre los códigos de Categoría III. Proveedores que ofrezcan alguno de estos servicios deberán solicitar la contratación de este.</p>
0868T	
0869T	
0870T	
0871T	
0872T	
0873T	
0874T	
0875T	
0876T	
0877T	
0878T	
0879T	
0880T	
0881T	
0882T*	
0883T*	
0884T	
0885T	
0886T	
0887T*	
0888T	
0889T	
0890T	
0891T	
0892T	
0893T	
0894T	
0895T	
0896T*	
0897T	
0898T	
0899T*	
0900T*	
0901T	
0902T	
0903T	
0905T	

Códigos Nuevos 2025	Información relacionada al servicio
0908T	<p>CPT Categoría III, es un conjunto temporal de códigos para fusionar tecnologías, servicios, procedimientos y paradigmas de servicios emergentes. PSMV no cubre los códigos de Categoría III. Proveedores que ofrezcan alguno de estos servicios deberán solicitar la contratación de este.</p>
0907T*	
0908T	
0909T	
0910T	
0911T	
0912T	
0913T	
0914T*	
0915T	
0916T	
0917T	
0918T	
0919T	
0920T	
0921T	
0922T	
0923T	
0924T	
0925T	
0926T	
0927T	
0928T	
0929T	
0930T	
0931T	
0932T	
0933T	
0934T	
0935T	
0936T	
0937T	
0938T	
0939T	
0940T	
0941T	
0942T	
0943T	
0944T	
0945T*	
0946T	
0947T	

CÓDIGOS ELIMINADOS CPT[®] 2025

NOTA ACLARATORIA:

La información aquí incluida sobre Códigos Sustitutos no significa que todos los códigos serán cubiertos y considerados para pago.

PLAN DE SALUD
MENONITA

Eliminado en 2025	Código(s) Sustituto(s)	Información relacionada a estos servicios
99441	98008-98016	<p>Utilice el código que mejor describa el servicio prestado. Los códigos sustitutos que se incluyen son para propósitos de referencia y no garantizan cubierta o pago del servicio.</p>
99442	98008-98016	
99443	98008-98016	
15819	N/A	
21632	N/A	
33471	N/A	
33737	N/A	
33813	N/A	
47802	N/A	
49203	49186	
49205	49187	
49205	49188-49190	
50135	N/A	
51030	N/A	
54438	N/A	
58957	49186-49190	
81433	81479	
81436	81479	
81438	81479	
86327	N/A	
86490	N/A	
88388	N/A	
0078U	N/A	
0167U	N/A	
0352U	81515	
0396U	N/A	
90654	90653, 90655-90658, 90660-90662, 90664, 90666-90668, 90672- 90674, 90682, 90685- 90689, 90694, 90756	

PLAN DE SALUD
MENONITA

Eliminado en 2025	Código(s) Sustituto(s)	Información relacionada a estos servicios
90630	90653, 90655-90658, 90660-90662, 90664, 90666-90668, 90672-90674, 90682, 90685-90689, 90694, 90756	<p>Utilice el código que mejor describa el servicio prestado. Los códigos sustitutos que se incluyen son para propósitos de referencia y no garantizan cubierta o pago del servicio.</p>
93890	90896	
96003	N/A	
96050	96051	
0398T	N/A	
0500T	N/A	
0537T	N/A	
0538T	N/A	
0539T	N/A	
0540T	N/A	
0553T	N/A	
0564T	N/A	
0567T	N/A	
0568T	N/A	
0616T	N/A	
0617T	N/A	
0618T	N/A	