

CARTA CIRCULAR: PSMVC # 25-044

31 de diciembre de 2025

**A TODOS LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DEL PLAN DE SALUD
MENONITA**

RE: CÓDIGOS NUEVOS & ELIMINADOS CPT® 2026

Estimado(a) proveedor(a):

En el Plan de Salud Menonita nuestro compromiso es trabajar con nuestros proveedores de manera integrada y coordinada para el mejor manejo de nuestros pacientes. Esta comunicación incluye los códigos nuevos y eliminados del *Common Procedural Terminology®* (CPT®) 2026, según publicados por la Asociación Médica Americana (AMA, por sus siglas en inglés). La efectividad y terminación de los códigos es aplicable a **PSM 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® 2026 para las descripciones específicas del código, además de las guías de codificación estándares en la industria. Esta carta complementa la publicación anual que PSM realiza para los servicios que preautorizan.

Le recordamos que, cualquier servicio que conlleve nueva tecnología, deberá ser validado con su representante de contrataciones previo a la facturación de este. Envíe 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® 2026**

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.
- Deducibles, co-pagos y co-aseguros aplican a servicios según la cubierta, **incluyendo telemedicina**. Los copagos para servicios de **telemedicina** son los mismos que aplican para consultas presenciales, según el plan de beneficios/cubierta.

PLAN DE SALUD
MENONITA

CÓDIGOS NUEVOS 2026	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO			
	EVALUACIÓN & MANEJO			
Servicios de Monitoreo Remoto				
Para facturar estos códigos, el dispositivo utilizado debe ser un dispositivo médico según la definición de la FDA, y el servicio debe ser solicitado por un médico u otro profesional de la salud cualificado. Requieren una comunicación interactiva en tiempo real con el paciente/cuidador				
99445	El código se utiliza para reportar servicios de monitorización fisiológica remota (ej. peso, presión arterial, oximetría de pulso) para el seguimiento acumulativo de al menos 2 días, pero menos de 16 días en un período de 30 días.			
99470	El código es para los servicios de manejo del tratamiento del monitoreo fisiológico.			
SISTEMA MUSCULOESQUELETAL				
Alargamiento/Acortamiento de Extremidades				
27458	Fémur: <ul style="list-style-type: none"> • Establecido para reportar osteotomías unilaterales de fémur con inserción de un dispositivo de alargamiento intramedular controlado externamente, incluyendo la liberación de la banda iliotibial cuando se realiza, incluyendo imágenes. • Describe un nuevo dispositivo de alargamiento intramedular controlado externamente utilizado para tratar las desigualdades en el alargamiento de las extremidades debido a infecciones, traumatismos o afecciones congénitas. 			
27413	Tibia: <ul style="list-style-type: none"> • Establecido para reportar osteotomía(s) de tibia, incluyendo peroné, cuando se realiza unilateralmente, con inserción de un dispositivo de alargamiento intramedular controlado externamente, incluyendo imágenes. • Identifica el procedimiento de cortar un hueso para corregir deformidades, realinear la estructura ósea o alargarlo. • Puede realizarse para tratar afecciones como artritis, inconsistencias en el alargamiento de los huesos largos o problemas de mala alineación. 			
SISTEMA CARDIOVASCULAR				
Antes de 2026, los códigos de esta subsección se aplicaban únicamente al tratamiento de la aorta torácica descendente. Sin embargo, se han revisado para abarcar toda la aorta torácica. <ul style="list-style-type: none"> • Se ha eliminado el término "descente" del título de la subsección y de los descriptores de los códigos 33880, 33881 y 33883. • Los códigos 33880, 33881, 33883 y 33886 se han revisado para agrupar el dimensionamiento y la selección del dispositivo previos al procedimiento, la cateterización, y la supervisión e interpretación radiológicas que implican estos procedimientos. 				
Servicios de endoinjerto o endoprótesis de rama torácica La endoprótesis aórtica torácica puede configurarse en tres orientaciones: 1. Dispositivo de tubo aórtico que no cubre la arteria subclavia izquierda; 2. Dispositivo de tubo aórtico con una o más endoprótesis vasculares paralelas in-dependientes que se extienden junto a la endoprótesis vascular aórtica hacia uno o más vasos braquiocefálicos; o 3. Sistema de endoprótesis multipieza (modular) fenestrada o ramificada que consiste en un dispositivo de tubo aórtico con una fenestración a través de la cual se colocan extensiones adicionales de endoprótesis vascular en uno o más vasos braquio-cefálicos, según sea necesario.				
33882	El código se refiere al despliegue de un sistema de endoprótesis multipieza (modular) fenestrada o ramificada, que consiste en un dispositivo de tubo aorto-aórtico con una fenestración a través de la cual se coloca una o más extensiones adicionales de endoprótesis en la arteria subclavia izquierda.			
35602	El código es para un injerto de derivación, con una arteria distinta a la vena, transcervical retrofaríngea carótida-carótida, realizado junto con la reparación endovascular de la aorta torácica, mediante una incisión en el cuello.			

PLAN DE SALUD
MENONITA

CÓDIGOS NUEVOS 2026	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO																		
Revascularización endovascular de las extremidades Inferiores																			
Los códigos 37254-37299 describen los servicios de revascularización endovascular de extremidades Inferiores realizados por vía percutánea o mediante cirugía abierta para enfermedades oclusivas, incluyendo:																			
1. Todas las maniobras necesarias para: -acceder y cateterizar selectivamente la arteria, -cruzar la lesión, -realizar la intervención endovascular; 2. Todas las imágenes: -para la guía intraoperatoria, incluyendo la supervisión e interpretación radiológica directamente relacionada con la intervención realizada, -para documentar la finalización de la intervención, y -para documentar la finalización del procedimiento; 3. Protección embólica, si se utiliza; y 4. Cierre de la arteriotomía mediante presión y aplicación de un dispositivo de cierre arterial, o cierre estándar de la punción mediante sutura. La reparación o el reemplazo extenso de una arteria también pueden reportarse (p. ej., 35226, 35286). Para el tratamiento de revascularización endovascular de extremidades Inferiores, una lesión simple es una estenosis y una lesión compleja es una oclusión																			
El CPT identifica cuatro territorios vasculares: ilíaco, femoropopliteo, tibial e infra maleolar. • Cada territorio se divide en vasos que pueden tratarse. • El vaso inicial tratado se registra con el código base correspondiente. • Cualquier vaso adicional tratado en el mismo territorio se registra con el código adicional correspondiente. Estructura de los códigos La codificación de las extremidades Inferiores (IE) se basa en el vaso tratado, la tecnología utilizada y la complejidad de la lesión tratada. Para la codificación CPT, existen cuatro tecnologías: •Angioplastia •Incluye todos los tipos de angioplastia (p. ej., angioplastia farmacológica, angioplastia de corte), excepto la litotricia intravascular (IVL). •Stent •Aterectomía •Litotricia Intravascular																			
Estructura de Complejidad 1.Oclusión = completo o 100% 2.Estenosis = directo (straightforward) o < de 100%																			
Territorio vascular Ilíaco <table border="1"> <tr><td>37254</td><td>Angioplastia (Straightforward) o Directa</td></tr> <tr><td>37255*</td><td>Angioplastia (Straightforward) o Directa Adicional</td></tr> <tr><td>37256</td><td>Angioplastia Compleja</td></tr> <tr><td>37257*</td><td>Angioplastia Compleja Adicional</td></tr> <tr><td>37258</td><td>Stent (Straightforward) o Directa</td></tr> <tr><td>37259*</td><td>Stent (Straightforward) o Directa Adicional</td></tr> <tr><td>37260</td><td>Stent Compleja</td></tr> <tr><td>37261*</td><td>Stent Compleja Adicional</td></tr> <tr><td>37262*</td><td>Litotricia Intravascular</td></tr> </table>		37254	Angioplastia (Straightforward) o Directa	37255*	Angioplastia (Straightforward) o Directa Adicional	37256	Angioplastia Compleja	37257*	Angioplastia Compleja Adicional	37258	Stent (Straightforward) o Directa	37259*	Stent (Straightforward) o Directa Adicional	37260	Stent Compleja	37261*	Stent Compleja Adicional	37262*	Litotricia Intravascular
37254	Angioplastia (Straightforward) o Directa																		
37255*	Angioplastia (Straightforward) o Directa Adicional																		
37256	Angioplastia Compleja																		
37257*	Angioplastia Compleja Adicional																		
37258	Stent (Straightforward) o Directa																		
37259*	Stent (Straightforward) o Directa Adicional																		
37260	Stent Compleja																		
37261*	Stent Compleja Adicional																		
37262*	Litotricia Intravascular																		
Territorio vascular femoral y popliteo <table border="1"> <tr><td>37263</td><td>Angioplastia (Straightforward) o Directa</td></tr> <tr><td>37264*</td><td>Angioplastia (Straightforward) o Directa Adicional</td></tr> <tr><td>37265</td><td>Angioplastia Compleja</td></tr> <tr><td>37266*</td><td>Angioplastia Compleja Adicional</td></tr> <tr><td>37267</td><td>Stent (Straightforward) o Directa</td></tr> <tr><td>37268*</td><td>Stent (Straightforward) o Directa Adicional</td></tr> <tr><td>37269</td><td>Stent Compleja</td></tr> </table>		37263	Angioplastia (Straightforward) o Directa	37264*	Angioplastia (Straightforward) o Directa Adicional	37265	Angioplastia Compleja	37266*	Angioplastia Compleja Adicional	37267	Stent (Straightforward) o Directa	37268*	Stent (Straightforward) o Directa Adicional	37269	Stent Compleja				
37263	Angioplastia (Straightforward) o Directa																		
37264*	Angioplastia (Straightforward) o Directa Adicional																		
37265	Angioplastia Compleja																		
37266*	Angioplastia Compleja Adicional																		
37267	Stent (Straightforward) o Directa																		
37268*	Stent (Straightforward) o Directa Adicional																		
37269	Stent Compleja																		

PLAN DE SALUD
MENONITA

CÓDIGOS NUEVOS 2026	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO
37270*	Stent Compleja Adicioanal
37271	Aterectomia transluminal (Straightforward) o Directa
37272*	Aterectomia transluminal (Straightforward) o Directa Adicional
37273	Aterectomia transluminal Compleja
37274*	Aterectomia transluminal Compleja Adicioanal
37275	Aterectomia transluminal con Stent (Straightforward) o Directa
37276*	Aterectomia transluminal con Stent (Straightforward) o Directa Adicional
37277	Aterectomia transluminal con Stent Compleja
37278*	Aterectomia transluminal con Stent Compleja Adicioanal
37279*	Litotricia Intravascular
Territorio Tibial	
37280	Angioplastia (Straightforward) o Directa
37281*	Angioplastia (Straightforward) o Directa Adicional
37282	Angioplastia Compleja
37283*	Angioplastia Compleja Adicioanal
37284	Stent (Straightforward) o Directa
37285*	Stent (Straightforward) o Directa Adicional
37286	Stent Compleja
37287*	Stent Compleja Adicioanal
37288	Aterectomia transluminal (Straightforward) o Directa
37289*	Aterectomia transluminal (Straightforward) o Directa Adicional
37290	Aterectomia transluminal Compleja
37291*	Aterectomia transluminal Compleja Adicioanal
37292	Aterectomia transluminal con Stent (Straightforward) o Directa
37293*	Aterectomia transluminal con Stent (Straightforward) o Directa Adicional
37294	Aterectomia transluminal con Stent Compleja
37295*	Aterectomia transluminal con Stent Compleja Adicional
Territorio vascular Inframaleolar	
37296	Angioplastia (Straightforward) o Directa
37297	Angioplastia (Straightforward) o Directa Adicional
37298	Angioplastia Compleja
37299	Angioplastia Compleja Adicional
SISTEMA DIGESTIVO	
43889	Gastroplastia endoscópica en manga (Endoscopic Sleeve), para la obesidad, con un Índice de masa corporal (IMC) compatible con obesidad clase II (35-39,9)
47384	<p>Estimulación eléctrica percutánea del campo nervioso para antecedentes de dolor abdominal crónico asociado con el síndrome del Intestino Irritable que no ha respondido a cambios en la dieta, el estilo de vida, las terapias sin receta y los medicamentos fuera de indicación.</p> <p>El código se ha establecido para informar sobre la PENFS (Estimulación eléctrica percutánea del campo nervioso) de los nervios craneales sin la implantación del dispositivo neuroestimulador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El CPT en la subsección, destaca que este procedimiento no se dirige a un nervio craneal específico ni se trata de un dispositivo estimulador implantado invasivo.

PLAN DE SALUD
MENONITA

CÓDIGOS NUEVOS 2026	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO
SISTEMA URINARIO	
52443	<p>El código se ha establecido para informar el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna obstructiva mediante cistouretroscopia y catéteres con balón. El nuevo procedimiento utiliza dos balones: uno sin fármaco para iniciar la comisura prostática anterior y otro con fármaco para prevenir el cierre prostático.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El nuevo procedimiento aborda la hipertrofia prostática. <p>Además, el código 52443 incluye texto que aclara los esfuerzos del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Uso del balón inicial para realizar la comisurotomía o Uso de un balón adicional recubierto de fármaco para mantener la comisura o Incluye Imágenes
52597	<p>El código se estableció para informar la ablación de próstata mediante un chorro de agua transuretral (terapia de aquablación). Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Planificación intraoperatoria (ajustes realizados durante el procedimiento para adaptarlo a las necesidades de la resección según los cambios en el área objetivo) o Control del sangrado posoperatorio o Aberturas para el conducto deferente y el meato o Cistouretroscopia o Dilatación de la uretra y uretrotomía
SISTEMA REPRODUCTOR MASCULINO	
Biopsias de Próstata	
<p>Los Servicios de Biopsia de Próstata se han revisado para incluir las imágenes proporcionadas para el procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esto incluye cambios para identificar mejor los nuevos avances tecnológicos y descripciones más precisas de las tecnologías existentes utilizadas para la orientación de los servicios de biopsia de próstata. • Para clarificar la intención de reportar los servicios de ultrasonido diagnóstico en comparación con las imágenes que se proporcionan comúnmente para las biopsias de próstata, se realizaron cambios en el conjunto de códigos para agrupar los servicios que comúnmente se proporcionaban juntos en códigos individuales que identificaban: <ul style="list-style-type: none"> -El tipo de procedimiento de biopsia de próstata proporcionado; -El tipo de imagen utilizado para el servicio de biopsia. 	
55707	<p>Biopsia de próstata por ecografía transrectal con sextantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Biopsia de próstata guizada por ecografía o Abordaje transrectal o Utiliza sextantes (división específica de la glándula prostática en porciones designadas [es decir, ápice derecho e izquierdo, sección media y base]) que se biopsian (una o varias veces) según la sección específica mediante ecografía. o Excluido de la presentación de informes con cualquier otra biopsia de próstata o procedimiento de ecografía (como se indica en las notas entre paréntesis a continuación).
55708	<p>Biopsia de próstata por ecografía transrectal con sextantes realizada con biopsia por fusión de MRI:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Biopsia de próstata guizada por ecografía o Abordaje transrectal o Utiliza sextantes (división específica de la glándula prostática en porciones designadas [es decir, ápice derecho e izquierdo, sección media y base]), que se biopsian (una o varias veces) según la sección específica mediante ecografía. o Excluido de la presentación de informes con cualquier otra biopsia de próstata o procedimiento de ecografía (como se indica en las notas entre paréntesis a continuación).
55709	<p>Biopsia de próstata ecográfica transperineal con sextantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Biopsia de próstata guizada por ecografía o Abordaje transperineal o Se utilizan sextantes según la sección específica que utiliza ecografía. o Excluido de la notificación con cualquier otra biopsia de próstata o procedimiento de ecografía (como se indica en las notas entre paréntesis a continuación).

PLAN DE SALUD
MENONITA

CÓDIGOS NUEVOS 2026	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO
55710	Biopsia de próstata ecográfica transperineal con sextantes realizada con biopsia por fusión de MRI: <ul style="list-style-type: none"> o Biopsia de próstata guizada por ecografía o Abordaje transperineal o Utiliza sextantes según la sección específica que utiliza ecografía. o Excluido de la notificación con cualquier otro procedimiento de biopsia de próstata o ecografía (como se indica en las notas entre paréntesis a continuación).
55711	Biopsia de próstata transrectal con fusión de MRI y ecografía de una sola lesión objetivo: <ul style="list-style-type: none"> o Guía transrectal con fusión de MRI y ecografía solo para una lesión objetivo inicial. o Si se abordan lesiones adicionales mediante la técnica de fusión de MRI y ecografía, se puede reportar el código 55715 por cada lesión adicional abordada.
55712	Biopsia de próstata con fusión transperineal de resonancia magnética y ecografía de una sola lesión objetivo: <ul style="list-style-type: none"> • Guía de fusión transperineal de resonancia magnética y ecografía solo para una lesión objetivo inicial. • Si se abordan lesiones adicionales mediante la técnica de fusión de resonancia magnética y ecografía, se puede reportar el código 55715 por cada lesión adicional abordada.
55713	Biopsia de próstata guizada por TC o MRI de sextantes con biopsia de una lesión objetivo adicional: <ul style="list-style-type: none"> o Biopsias de próstata mediante TC o MRI o Todos los sextantes muestrados "In-bore" (es decir, en la máquina) o Incluye la biopsia de una lesión inicial adicional que se "target" además de los sextantes. o Si se dirigen otras lesiones mediante la técnica In-bore, se puede reportar el código 55715 para cada lesión adicional target. o Excluido del reporte con otra biopsia de próstata
55714	Biopsia de próstata guizada por TC o MRI en el orificio solo de lesio-nes target: <ul style="list-style-type: none"> o Biopsia de próstata mediante TC o MRI o El procedimiento solo implica la biopsia de lesiones target individuales (es decir, no sextantes) que se realizan en el orificio. o Incluye la biopsia de una lesión inicial que es target. • Si se target otras lesiones mediante la técnica en el orificio, se puede reportar el código 55715 para cada lesión target adicional.
55715	Biopsia de cualquier lesión prostática adicional, ya sea guizada por TC Intraoral, RMN Intraoral o fusión MRI-ultrasonido: <ul style="list-style-type: none"> o Se informa para cualquier procedimiento en el que se realice una lesión adicional Intraoral (TC o MRI) o para objetivos adicionales de fusión RMN-ultrasonido. o Una nota entre paréntesis identifica los procedimientos principales con los que se puede realizar este servicio (es decir, para cualquier objetivo adicional de fusión [TC o RMN] Intraoral o MRI-ultrasonido).
55868	Prostatectomía laparoscópica: se agregó el código para informar la extirpación radical laparoscópica de la glándula prostática con linfadenectomía pélvica limitada (lleva un conjunto de códigos abiertos).
55869	Prostatectomía laparoscópica: se agregó el código para informar la extirpación radical laparoscópica de la glándula prostática con linfadenectomía pélvica bilateral (lleva un conjunto de códigos abiertos).
55877	IRE de tumores: Bajo guía ecográfica, coloque cinco sondas de electroporación irreversibles para delimitar la zona de ablación prevista. A continuación, inicie la electroporación con ciclos de energía entre los pares de sondas hasta alcanzar 90 pulsos por par. <ul style="list-style-type: none"> • El código se informa solo una vez, independientemente del número de tumores tratados. • La guía de imágenes se incluye como parte del servicio (no se informa por separado).
SISTEMA NERVIOSO	
Descompresión Espinal	
62330	Describe el procedimiento bilateral, de descompresión lumbar mínimamente invasiva para la reparación en un primer espacio interlumbar.
62331*	Describe el procedimiento bilateral, de descompresión lumbar mínimamente invasiva para reparar cada espacio interlumbar adicional.
63032	Laminotomía: reparación de defecto de disco. Se puede utilizar un dispositivo de cierre anular después de una descompresión para ayudar a cerrar el defecto de disco creado al realizar la descompresión.

PLAN DE SALUD
MENONITA

CÓDIGOS NUEVOS 2026	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO
Estimulación eléctrica percutánea PENFS	
64567	Estimulación eléctrica percutánea del campo nervioso El código se ha establecido para informar la PENFS de los nervios craneales sin implantación del dispositivo neuroestimulador.
Terapia de activación de barorreceptores (BAT)	
Códigos del sistema de modulación de la terapia de activación de barorreceptores (BAT). Se informan los códigos para la implantación, extracción, reemplazo y programación del dispositivo. El CPT destaca que este procedimiento no se dirige a un nervio craneal específico y no es un dispositivo estimulador implantado invasivo.	
64654	Implantación abierta inicial del sistema de modulación de la terapia de activación barorreceptora (BAT)
64655	Revisión o reemplazo de cable únicamente
64656	Revisión o reemplazo únicamente del generador de pulsos
64657	Extracción del sistema completo, incluido el cable y el generador de pulsos.
64658	Extracción de cable únicamente
64659	Extracción únicamente del generador de pulsos
Descompresión percutánea del nervio mediano	
64728	Descompresión percutánea del nervio mediano: <ul style="list-style-type: none"> • Para informar la descompresión del nervio mediano en el túnel carpiano realizada por vía percutánea. • Una alternativa y distinta a los abordajes quirúrgicos endoscópicos o abiertos tradicionales. • Utiliza guía ecográfica en tiempo real. • Incluye dilatación con balón del túnel carpiano para crear espacio adicional.
RADIOLOGIA	
70471	Establecido para informar la angiotomografía computarizada (CTA) y la perfusión cerebral por CT de cabeza, cuello y cerebro. Servicio Integrado; utilizado para informar la angiotomografía computarizada (CTA) de cabeza y cuello, incluyendo el uso de imágenes sin contraste cuando se realiza.
70472	Se estableció para informar la perfusión cerebral por CTA y CT de cabeza, cuello y cerebro. Servicio complementario; se utiliza para informar la perfusión cerebral por CT cuando se realiza como servicio concurrente con estudios de CT o CTA de cabeza o cabeza y cuello.
70473	Se creó para informar la perfusión cerebral por CTA y CT de cabeza, cuello y cerebro. Servicio Independiente; se utiliza para informar la perfusión cerebral por TC cuando se realiza en una sesión diferente a la de los estudios de TC o ATC de cabeza, 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
75577	Evaluación de la placa aterosclerótica coronaria por CT
RADIOLOGIA ONCOLOGICA	
77436	Planificación del tratamiento y configuración de campo asistida por simulación
77437	Suministro (delivery) Superficial
77438	Suministro (delivery) ortovoltaje
77439	Guía de imágenes por ultrasonido-superficiales u ortovoltaje,
LABORATORIO Y PATOLOGIA	
81354	Patología Molecular de Nivel 1: Mapeo Genómico Óptico (OGM) — Enfermedades Raras Análisis de variantes estructurales y del número de copias mediante mapeo óptico del genoma (OGM).
81524	MAAA: Análisis de metilación — Tejido u origen El código corresponde a un análisis de metilación del ADN de al menos 10 000 sitios de metilación, utilizando ADN extraído de tejido tumoral fijado en formalina. El algoritmo se reporta como la probabilidad de coincidencia con una familia y clase de tumor de referencia, y luego el estado de metilación del promotor MGMT.
87182	El código incluye estudios de susceptibilidad, agentes antimicrobianos y la detección de la enzima carbapenemasa, que identifica los organismos, etc. Se realiza por aislado. El primer código, 87182, corresponde a un inmunoensayo multiplex. Esta es una forma de buscar la enzima causante de la resistencia. Otra forma es buscar evidencia genética de resistencia

PLAN DE SALUD
MENONITA

CÓDIGOS NUEVOS 2026	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO
87183	El código 87183 es una prueba molecular que busca genes de resistencia mediante la técnica de sonda amplificada, mientras que el 87182 es el Inmunoensayo. Por lo tanto, es muy importante revisar la Información del Informe de laboratorio. Al analizar los códigos, asegúrese de saber qué ensayo se está realizando.
87494	Realice pruebas de PCR utilizando sondas para <i>Chlamydia trachomatis</i> y <i>Nesseria gonorrhoeae</i> . Al reportar estos resultados, se debe reportar el ensayo combinado.
87627	Se somete el ADN del líquido sinovial a la reacción en cadena de la polimerasa para detectar patógenos de infección del espacio articular y genes de resistencia. Reporte los resultados e informe cada objetivo como detectado o no detectado.
87627	Microbiología: Infecciones Articulares Someter el ADN del líquido sinovial a la reacción en cadena de la polimerasa para detectar patógenos de Infecciones del espacio articular y genes de resistencia. Revisar los resultados e informar de cada diana como detectada o no detectada.
87812	Microbiología: Observación Óptica Directa — COVID-19/Influenza Coloque y disperse la secreción nasal en un hisopo nasal con un tampón reactivo. Aplique la solución resultante a un dispositivo de flujo lateral que contenga抗原os del SARS-CoV-2, virus de la Influenza A, virus de la Influenza B y proteína humana (control interno), según un método de Inmunoensayo Inmunocromatográfico. Inspeccione visualmente e informe los resultados.
MEDICINA VACUNAS & ADMINISTRACIÓN	
90382	Virus respiratorio sincitial, anticuerpo monoclonal, dosis estacional, 0,7 mL, para uso intramuscular
90481	Administración de la vacuna contra el síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (COVID-19) mediante inyección intramuscular. Solo se debe considerar el trabajo adicional relacionado con la administración de la vacuna adicional contra la influenza. Cuando hay un código combinado, se usa este código combinado.
90593	Vacuna recombinante contra el virus chikungunya para uso intramuscular
90612	Vacuna trivalente contra el virus de la influenza y contra el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) (enfermedad por coronavirus [COVID-19]), ARNm-LNP, dosis de 31,7 mcg/0,32 mL, para uso intramuscular.
90613	Vacuna tetravalente contra el virus de la influenza y contra el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) (enfermedad por coronavirus [COVID-19]), ARNm-LNP, dosis de 40 mcg/0,4 mL, para uso intramuscular.
90631	Vacuna contra el virus de la influenza (IIV), H5, formulación pandémica, virus fraccionado, adyuvada, para uso intramuscular
90635	Vacuna contra el virus de la influenza, H5N1, derivada de cultivos celulares, adyuvada, para uso intramuscular
91323	Vacuna contra el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) (enfermedad por coronavirus [COVID-19]), ARNm-LNP, dosis de 10 mcg/0,2 mL, para uso intramuscular
ASESORÍA SOBRE VACUNACIÓN	
Se agrega a esta sección el servicio de consejería para reconocer ese trabajo distinto. Esto se refiere a cuando se realiza en la misma fecha de servicio, con esa consejería, que se realizará cara a cara con los pacientes. El médico u otro profesional de la salud calificado (PSC) informa al paciente o cuidador que el paciente debe recibir vacunas específicas. El paciente o cuidador duda en recibir las vacunas, por lo que el médico u otro PSC entabla una conversación con él para explorar y escuchar sus inquietudes, responder a sus preguntas, mostrar empatía y generar confianza mediante el reconocimiento de sus inquietudes. El médico u otro PSC elige estrategias de asesoramiento específicas para el nivel de indecisión del paciente o cuidador y personaliza la información según las creencias culturales, las inquietudes sobre las vacunas y el nivel de alfabetización. El médico u otro PSC proporciona al paciente o cuidador recursos educativos y sitios web confiables. El médico u otro QHP trabaja junto con el paciente y/o el cuidador para desarrollar un plan de inmunización. Se factura una vez por fecha de servicio para el tiempo de asesoramiento acumulativo para las vacunas no proporcionadas, independientemente de la cantidad de productos.	
90482	3 minutos hasta 10 minutos
90484	más de 20 minutos
90493	más de 10 minutos hasta 20 minutos

PLAN DE SALUD
MENONITA

CÓDIGOS NUEVOS 2026	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO
OFTALMOLOGÍA	
92288	Exámenes de adaptación a la oscuridad para pacientes, pero sin evaluar la función de los conos ni el tiempo de ruptura de los conos y bastones durante el examen de adaptación a la oscuridad.
GASTROENTEROLOGÍA	
91124	Servicios de Motilidad del Colon: Se utilizarán para reportar cinco manometrias anorrectales. El código es para reportar la sensibilidad, el tono y el estudio de compliancia rectal [p. ej., barostato].
91125	Para informar la manometria anorrectal con sensibilidad rectal y expulsión del balón rectal, cuando se realiza.
OTOLARINGOLOGÍA	
DISPOSITIVOS AUDITIVOS	
<p>Describen los servicios principalmente relacionados con la provisión de audífonos de conducción aérea. Tras el diagnóstico de pérdida auditiva (sensorineural, conductiva o mixta), estos códigos se aplican a toda la gama de servicios específicos para audífonos de conducción aérea. Estos servicios se dividen en seis categorías principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Determinación de la idoneidad para audífonos; 2) Selección de audífonos; 3) Adaptación de audífonos; 4) Servicios de seguimiento tras la adaptación; 5) Verificación; y 6) Servicios de dispositivos de asistencia. <p>La verificación objetiva se realiza generalmente durante la adaptación o en el seguimiento posterior, y puede realizarse mediante verificación del comportamiento, medición con sonda-micrófono o análisis electroacústico. Los códigos representan servicios unilaterales o bilaterales.</p>	
92628	Representan la evaluación del candidato para un dispositivo de audición I, primeros 30 minutos
92629	Representan la evaluación del candidato para un dispositivo de audición, cada 15 minutos adicionales
92631	Representa servicios de selección de audífonos, primeros 30 minutos
92632	Representa servicios de selección de audífonos, cada 15 minutos adicionales.
92634	Representan servicios de adaptación de audífonos, primeros 60 minutos
92635	Representan servicios de adaptación de audífonos, cada 15 minutos adicionales.
92636	Representa el seguimiento posterior a la adaptación de audífonos, primeros 30 minutos.
92637	Representa el seguimiento posterior a la adaptación de audífonos, cada 15 minutos adicionales.
92638	Verificación del comportamiento de la amplificación, representa trabajo unilateral o bilateral.
92639	Medición de audífonos, verificación con micrófono de sonda
92641	Verificación de audífonos, análisis electroacústico, representan servicios realizados en ambos oídos; por lo tanto, se debe añadir el modificador 52 si el servicio se realiza solo en un oído.
92642	Dispositivo de asistencia auditiva, servicios de adaptación de tecnología complementaria
CARDIOVASCULAR	
92930	Cuando las lesiones en bifurcación se tratan con al menos un stent, se reporta el número 92930. Por ejemplo, cuando se tratan ambas ramas de una lesión en bifurcación que afecta la arteria descendente anterior Izquierda (DAI) y la primera arteria diagonal y se utiliza al menos un stent, se reporta el número 92930.
92945	Describe algunas lesiones de oclusión total crónica deben atravesarse de forma combinada anterógrada y retrograda (92945). En estos casos, además del abordaje anterógrado, se introduce una guía a través de una arteria coronaria no ocluida y de vasos colaterales para cruzar la oclusión de forma retrograda desde su capa distal.
TERAPIA DE ACTIVACIÓN BARORREFLEJA (BAT)	
<p>La evaluación de un sistema de modulación de terapia de activación barorrefleja (BAT), compuesto por un electrodo implantado en el seno carotídeo y conectado a un generador de pulsos colocado en un bolsillo subcutáneo. El código 93146 incluye el trabajo de 93145. Los códigos 93145 y 93146 solo pueden reportarse una vez al día.</p>	
93145	sin programación
93146	con programación

PLAN DE SALUD
MENONITA

CÓDIGOS NUEVOS 2026	INFORMACIÓN RELACIONADA AL SERVICIO
ONCOLOGÍA y HEMATOLOGÍA	
Enfriamiento mecánico del cuero cabelludo	
<p>El enfriamiento mecánico del cuero cabelludo se utiliza para tratar la alopecia inducida por quimioterapia. Para reportar servicios de enfriamiento mecánico del cuero cabelludo, el dispositivo debe ser un dispositivo médico según la definición de la FDA y debe ser solicitado y realizado por personal clínico capacitado bajo la supervisión de un médico u otro profesional de la salud calificado (PSC). Estos dispositivos se utilizan en consultorios o centros de salud y no están diseñados para uso doméstico.</p>	
97007	El código 97007 debe informarse una vez por periodo de tratamiento de quimioterapia e implica una visita dedicada que incluye la adaptación inicial y el suministro de la gorra personalizada y la educación del paciente sobre el cuidado del cabello y la piel, los posibles efectos secundarios de la terapia y los resultados del tratamiento.
97008	El enfriamiento mecánico del cuero cabelludo se reporta utilizando el método 97008 una vez por sesión de quimioterapia. El inicio de los servicios descritos en el método 97008 comienza 30 minutos antes de cada administración de quimioterapia, cuando se realiza el enfriamiento del cuero cabelludo, y concluye al finalizar la sesión de quimioterapia y el seguimiento posterior.
97009	El código 97009 puede reportarse para la continuación del enfriamiento del cuero cabelludo administrado tras finalizar la quimioterapia y varía según la duración del régimen de quimioterapia. El código 97009 se reporta una vez por cada 30 minutos de enfriamiento del cuero cabelludo administrado tras la interrupción de la infusión de quimioterapia. No reporte el código 97009 para enfriamientos del cuero cabelludo de menos de 15 minutos.
MONITOREO REMOTO	
<p>Para reportar 98979, 98980, 98981, cualquier dispositivo utilizado debe ser un dispositivo médico según la definición de la FDA. No utilice 98979, 98980, 98981 para el tiempo que puede reportarse mediante códigos para servicios de monitoreo más específicos. Los códigos 98979, 98980 y 98981 requieren al menos una comunicación interactiva en tiempo real con el paciente o el cuidador. Esta comunicación interactiva contribuye al tiempo total, pero no necesita representar la totalidad del tiempo acumulado reportado del servicio de gestión del tratamiento.</p>	
98979	Los primeros 10 minutos de tiempo dedicado por un médico u otro profesional de la salud cualificado en un mes calendario, reporte 98979
98984	Suministro de dispositivos para el acceso o la transmisión de datos para apoyar la monitorización del Sistema Respiratorio, de 2 a 15 días en un periodo de 30 días.
98985	Suministro de dispositivos para el acceso o la transmisión de datos para apoyar la monitorización del Sistema Musculoesquelético, de 2 a 15 días en un periodo de 30 días.
98986	Suministro de dispositivos para el acceso o la transmisión de datos para apoyar la monitorización de la Terapia Cognitivo-Conductual, de 2 a 15 días en un periodo de 30 días.
CÓDIGOS DE ANÁLISIS DE LABORATORIO PATENTADOS (PLA, por sus siglas en Inglés)	
0521U-0547U	<p>PSM VITAL no cubre los códigos PLA. Utilice el CPT en las Categoría I. Toda prueba molecular requiere pre-autorización.</p>
0548U-0599U	<p>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 cubiertos.</p>

PLAN DE SALUD
MENONITA

Códigos Nuevos 2026	Información relacionada al servicio
CATEGORIA III o Nueva Tecnología	
0948T	
0949T	
0950T	
0951T	
0952T	
0953T	
0954T	
0955T	
0956T	
0957T	
0958T	
0959T	
0960T	
0961T	
0962T	
0963T	
0964T	
0965T	
0966T	
0967T	
0968T	
0969T	
0970T	
0971T	
0972T	
0973T	
0974T	
0975T	
0976T	
0977T	
0978T	
0979T	
0980T	
0981T	
0982T	
0983T	
0984T	
0985T	

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.

PLAN DE SALUD
MENONITA

Códigos Nuevos 2026	Información relacionada al servicio
0986T	
0987T	
0988T	
0989T	
0990T	
0991T	
0992T	
0993T	
0994T	
0995T	
0996T	
0997T	
0998T	
0999T	
1000T	
1001T	
1002T	
1003T	
1004T	
1005T	
1006T	
1007T	
1008T	
1009T	
1010T	
1011T	
1012T	
1013T	
1014T	
1015T	
1016T	
1017T	
1018T	
1019T	
1020T	
1021T	
1022T	
1023T	
1024T	
1025T	<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>

**CÓDIGOS ELIMINADOS
CPT® 2026**

NOTA ACLARATORIA:

La información aquí incluida sobre **códigos sustitutos** no significa que todos los códigos se-
rán cubiertos y considerados para pago.

PLAN DE SALUD
MENONITA

Eliminado en 2026	Código(s) Sustituto(s)	Información relacionada a estos servicios
27445	27447, 27487	
27468	N/A	
33884	33883	
33889	35694	
33891	35602	
37220	37254, 37256	
37221	37258, 37260	
37222	37255, 37257	
37223	37259, 37261	
37224	37263, 37265	
37225	37271, 37273	
37226	37267, 37269	
37227	37275, 37277	
37228	37280, 37282	
37229	37288, 37290	
37230	37284, 37286	
37231	37292, 37294	
37232	37281, 37283	
37233	37289, 37291	
37234	37285, 37287	
37235	37293, 37295	
37500	N/A	
52647	N/A	
55700	55705, 55707-55714	
75842	N/A	
75956	33882, 33884, 75956-75959	
75957	33882, 33884, 75956-75959	
75958	33882, 33884, 75956-75959	
75959	33882, 33884, 75956-75959	
77014	N/A	
77385	77402, 77407, 77412	
77386	77402, 77407, 77412	
77401	N/A	
91120	91124	
91122	91125	
92590	92628, 92629, 92631, 92632	
92591	92628, 92629, 92631, 92632	
92592	92636, 92637	
92593	92636, 92637	
92594	92639, 92641	
92595	92639, 92641	
92921	92920	
92925	92924	
92929	92928, 92930	
92934	92933	
92938	92937	
92944	N/A	
92975	92799	

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.

PLAN DE SALUD
MENONITA

Eliminado en 2026	Código(s) Sustituto(s)	Información relacionada a estos servicios
92977	92799	
94662	N/A	
0042T	70472, 70473	
0033U	N/A	
0240U	N/A	
0241U	N/A	
0266T	64654	
0267T	64655	
0268T	64656	
0269T	64657	
0270T	64658	
0271T	64659	
0272T	93145	
0273T	93146	
0275T	62330-62331	
0346U	N/A	
0369U	N/A	
0370U	N/A	
0373U	N/A	
0374U	N/A	
0380U	N/A	
0394T	N/A	
0421T	52597	
0448U	N/A	
0450U	N/A	
0451U	N/A	
0456U	N/A	
0544U	N/A	
0550U	N/A	
0551U	N/A	
0619T	52443	
0623T	Se combinaron en el código de categoría I 75577	
0624T	Se combinaron en el código de categoría I 75577	
0625T	Se combinaron en el código de categoría I 75577	
0626T	Se combinaron en el código de categoría I 75577	
0631T	93998	
0662T	97007-97009	
0663T	97007-97010	
0720T	64567	
92590-92591	92628, 92629 (Evaluation), 92631, 92632 (Device Selection)	
92592-92593	92636, 92637 (Post Fitting Follow Up)	

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.

PLAN DE SALUD
MENONITA

Eliminado en 2026	Código(s) Sustituto(s)	Información relacionada a estos servicios
92594-92595	92639, 92641 (Verification)	
0135U	N/A	
0361U	N/A	
0508U	N/A	
0509U	N/A	
0544U	N/A	
0550U	N/A	
0551U	N/A	
		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.