

Derivación/Carta de necesidad médica

Asunto: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Estimada _____

Le derivó a _____ para evaluación y tratamiento de micropigmentación areolar. Esta carta proporciona información sobre el historial médico del paciente, el diagnóstico y las razones fundamentales para el tratamiento.

Historial y diagnóstico del paciente

Esta paciente fue diagnosticada con _____ en _____
Se sometió a _____ mastectomías. Actualmente está bajo mi cuidado para la reconstrucción mamaria.

Códigos de diagnóstico (ICD-10):

- Z42.1 Cita para reconstrucción mamaria después de mastectomía
- Z90.13 Ausencia bilateral adquirida de mama y pezones
- Z85.3 Historia personal de procedimiento de neoplasia maligna de mama

Códigos de CPT:

- 11921 Tatuaje, introducción intradérmica de pigmentos opacos insolubles para corregir defectos de color de la piel, incluida la micropigmentación, de 6.1 a 20.0 cm²
- 11922 x1 cada 20.0 cm² adicionales

Razones fundamentales para el tratamiento

La paciente ahora está lista para proceder con la reconstrucción bilateral de areola/pezón. Creo que este procedimiento beneficiará a la paciente, ya que se recreará el aspecto de sus areolas naturales. La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 establece que la micropigmentación o el tatuaje del complejo areola-pezón es médicamente necesario y es un componente de la reconstrucción mamaria. Dado que la reconstrucción mamaria es un beneficio cubierto por el plan de seguro de esta paciente, este tratamiento también está cubierto.

Espero que encuentre en _____ una candidata adecuada para la micropigmentación areolar.

Gracias por su continuo apoyo a nuestras pacientes de reconstrucción mamaria.

Nombre del proveedor _____ NPI del proveedor _____

Firma _____ Fecha _____



265 East Rollins Street, Suite 5300
Orlando, FL 32804
407-821-3555 | 407-821-3556 FAX