

Nombre de la política	Política clínica: Evaluación y rehabilitación en casos de baja visión
Número de la política	1318.00
Departamento	Productos Clínicos y Estrategia (Clinical Product & Strategy)
Subcategoría	Administración médica
Fecha de emisión original	03/29/2019
Fecha de aprobación de MPC/CMO actual	04/12/2023
Fecha de entrada en vigencia actual	10/01/2023

Entidades de la compañía compatibles (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Superior Vision Benefit Management
 - Superior Vision Services
 - Superior Vision of New Jersey, Inc.
 - Block Vision of Texas, Inc., nombre comercial: Superior Vision of Texas
 - Davis Vision
- (Denominadas en conjunto "Versant Health" o "la Compañía")

SIGLAS/DEFINICIONES

n/c

PROPÓSITO

Proporcionar los criterios de necesidad médica que respalden las indicaciones para la evaluación y rehabilitación en casos de baja visión. También se definen los códigos de procedimientos vigentes.

ALCANCE

Esta política se aplica para todas las disposiciones de necesidad médica en cuanto a la solicitud de servicios y equipamiento de evaluación y rehabilitación en casos de baja visión con códigos de procedimiento aplicables.

POLÍTICA

A. Descripción

La baja visión puede ser un déficit de agudeza o limitaciones en el campo visual. No se excluye ningún nivel específico de agudeza si, por lo demás, cumple los criterios en limitaciones del campo visual definidos por la Organización Mundial de la Salud y la Academia Americana de Oftalmología.

B. Medicamento necesario

Los servicios de evaluación, tratamiento y rehabilitación de la baja visión están indicados cuando se cumplen los siguientes criterios usando las definiciones de la WHO y del Patrones de Práctica Preferidos de AAO.

1. La Organización Mundial de la Salud define la baja visión:
 - a. “Baja visión es la agudeza de la baja visión inferior a 6/18 (el equivalente de Snellen es 20/70) e igual o mejor que 3/60 (el equivalente de Snellen es 20/400) en el mejor ojo con la mejor corrección.
 - b. (Servicios o atención para personas con baja visión). Una persona con baja visión es aquella que tiene una deficiencia en el desempeño de la vista incluso después de recibir tratamiento o corrección de refracción habitual y que tiene una agudeza visual menor a 6/18 a la percepción de la luz o un campo visual menor a 10 grados desde el punto de fijación, pero que usa o puede usar potencialmente la vista para la planificación o ejecución de una tarea para la que la vista es crucial”.
 - c. La Organización Mundial de la Salud también ha publicado un índice de gravedad de pérdida visual que se divide en las categorías leve, moderada, grave y ceguera. La información de esta metodología se menciona en las fuentes.
2. Los Patrones de Práctica Preferidos (PPP) de la Academia Americana de Oftalmología¹ definen la baja visión que necesita rehabilitación de la vista como:

“Baja visión es el término para la deficiencia de la vista que no se puede corregir con anteojos estándar ni con tratamiento médico o quirúrgico. La baja visión puede ser el resultado de distintas enfermedades oculares o de trastornos neurológicos, como los accidentes cerebrovasculares. Las definiciones de baja visión de ICD-10 CM están sobre la base de la agudeza y el campo visual... pero otros aspectos de la función visual también contribuyen a la deficiencia visual... Incluso con una agudeza visual mejor que 20/70, la capacidad de hacer tareas visuales puede verse afectada... Además, niveles modestos de pérdida de la vista pueden suponer una discapacidad mayor cuando coexisten con otros problemas médicos... como un paciente que tiene discapacidad auditiva necesita una buena vista para leer los labios... Aunque algunos pacientes con baja visión minimizan con éxito el efecto de la pérdida de la vista sin rehabilitación formal, la mayoría no pueden leer en letra de molde estándar, muchos

¹ AAO Preferred Practice Pattern 2017

no pueden mantener su seguridad e independencia en las actividades diarias, y algunos necesitan demasiada ayuda...”

La PPP también dice: “Incluso una pérdida de la vista temprana o moderada puede dar como resultado una discapacidad, lo que puede afectar el desempeño de la vista, causar ansiedad e interferir en las actividades diarias... Existen pruebas de que la rehabilitación de la vista mejora la lectura y la capacidad visual”.

3. Ayuda para la baja visión

- a. Las ayudas para la baja visión pueden ser dispositivos ópticos o no ópticos, que se indican cuando los medios refractivos convencionales no consiguen mejorar la deficiencia de la vista. Dichos dispositivos están indicados cuando se documenta la presencia de baja visión como se describe en la sección B. Entre los ejemplos de ayudas para la baja visión se incluyen: (Debido a la continua innovación de nuevos dispositivos, esta no es una lista completa de todos los dispositivos que están indicados para mejorar la deficiencia/función de la vista).
 - i. Ayudas manuales para la baja visión y otras ayudas no montadas en anteojos;
 - ii. Ayudas para baja visión montadas en anteojos de un solo lente;
 - iii. Telescópicos y otros sistemas de lentes compuestos, incluyendo la vista de lejos;
 - iv. Telescópicos, telescopios para la vista de cerca y sistemas compuestos de lentes microscópicas;
 - v. Lupas electrónicas, lupas digitales de escritorio y portátiles
- b. Los dispositivos necesitan lo siguiente para cumplir las indicaciones de baja visión:
 - i. Diagnóstico de baja visión según se describe en la sección B arriba;
 - ii. Efectos actuales de la baja visión en la vida diaria;
 - iii. Previsión de nuevos efectos o cambios en la vida diaria;
 - iv. El paciente o su familia están dispuestos y pueden participar en el plan de atención para aprender y usar los dispositivos recomendados.

4. Telescopio intraocular implantado

Un telescopio intraocular implantado está médicamente indicado para pacientes con degeneración macular terminal definida como:

- a. Agudeza visual mejor corregida de 20/160 a 20/800;
- b. Escotomas centrales bilaterales;
- c. Enfermedad macular intratable.

C. No es médicamente necesario

1. La rehabilitación de baja visión no incluye ejercicios oculares, ortóptica, terapia de la vista, entrenamiento de la vista, entrenamiento visual, optometría conductual o descripciones similares para tratamientos no quirúrgicos de forias y tropias.
2. La rehabilitación de la baja visión no incluye la rehabilitación de la movilidad ni el entrenamiento de la marcha, ya que estos servicios no son específicos para el tratamiento ocular.
3. La rehabilitación de baja visión no está indicada cuando:
 - a. No se demostró un deterioro del estilo de vida;
 - b. La deficiencia es temporal;
 - c. La deficiencia está sujeta a tratamiento mediante otra terapia óptica, médica o quirúrgica; o,
 - d. No hay documentación de un interés de mejorar del beneficiario.
4. La necesidad médica de rehabilitación de baja visión puede finalizar cuando el paciente demuestra que no ha progresado. Es posible que las sesiones de mantenimiento, después de que el paciente haya alcanzado un estado estable, no sean médicamente necesarias. Una vez que se haya logrado la máxima mejoría, el médico de atención directa debe revisar y firmar un informe de alta que describa en qué medida se logró cada objetivo establecido en el plan de atención médica.

D. Documentación

La evaluación y los tratamientos de baja visión los debe respaldar la documentación adecuada y completa en el expediente médico del miembro, en el que se describan los tratamientos o procedimientos y su justificación médica. La documentación debe incluir, como mínimo, todos los siguientes artículos, tanto para la revisión médica inicial como para la posterior. Para todas las revisiones retrospectivas, se necesita un reporte quirúrgico completo o un plan de atención clínica.

Cada página del expediente debe ser legible e incluir la información de identificación adecuada del paciente (por ejemplo, nombre completo, fechas de servicio) y las visitas deben calificar con los requisitos adecuados de la firma del proveedor, firma manuscrita o electrónica o el proveedor. No se aceptan firmas estampadas

1. Inicio de los servicios
 - a. Examen de la vista con descripción de la justificación médica para el tratamiento inicial o posterior de la baja visión.
 - b. Documentación de baja visión basada en los resultados de agudeza visual mejor corregida o restricción de campo.
 - c. Prueba de diagnóstico aliada que respalde los resultados y el plan. Las notas médicas deben incluir la interpretación y el informe de cada prueba.
 - d. Un plan de atención médica para la baja visión detallado que incluya:
 - i. Indicaciones para la terapia de baja visión incluyendo los efectos de ADL

- ii. Objetivos de la terapia de baja visión, incluyendo el programa de visitas, dispositivos evaluados (anteojos u otros) para varias tareas
- iii. Observación documentada de los dispositivos en uso por el paciente con una evaluación de la idoneidad de los dispositivos y los cambios recomendados.
- iv. Medidas cuantitativas del desempeño del punto de referencia
- v. Una vez se alcance un estado estable con la terapia, el expediente médico debe describir los objetivos que se completaron, cumplieron o no cumplieron o que necesitan cambios. En este punto, a menos que haya objetivos de tratamiento nuevos o modificados, se da por finalizada la necesidad de continuar con la terapia de baja visión.

2. Continuación de los servicios

Las solicitudes de otros servicios de rehabilitación de la vista deben mostrar las indicaciones para un tratamiento continuo e incluir la siguiente documentación del episodio inicial de atención.

- a. Documentación por cada sesión completa de la rehabilitación de la vista que incluya una nota de progreso que indique las horas de inicio y de finalización de cada sesión.
- b. Los objetivos del tratamiento y medidas de desempeño actual para cada sesión, comparados con el punto de referencia.
- c. La necesidad de que los servicios continúen debe ser evaluada y mencionada al final de cada sesión, junto con una justificación comparada con los objetivos de la atención médica.
- d. Una vez se alcanza un estado estable con la terapia, el expediente médico debe describirlo. En este punto, se termina la necesidad médica de más terapia para baja visión.

3. Un equipo multidisciplinario presta los servicios profesionales y de rehabilitación para la baja visión. Para los servicios iniciales como para los continuos, se necesita la siguiente documentación. Las notas de coordinación de atención deben incluir:

- a. Capacitación de rehabilitación planificada, con notas de la visita de evaluación inicial, objetivos y plan de atención, que presta un terapeuta ocupacional;
- b. Notas de la visita de seguimiento del tratamiento y notas de la visita de evaluación continua que incorporen los objetivos, las mediciones del progreso hacia los objetivos, el estado y plan actual, y el plan de visita/tratamiento en el futuro.

4. Dispositivos de baja visión

Las solicitudes de dispositivos de baja visión deben incluir la documentación del plan de tratamiento de baja visión como en 1. y 3. de arriba, además:

- a. Presencia documentada de baja visión según lo descrito en la sección B arriba;
- b. Inicio documentado de la baja visión y efectos en la vida diaria;
- c. Documentación del examen de refracción manifiesta con la mejor agudeza visual corregida;

- d. Documentación de los resultados de las pruebas de campo visual;
- e. Descripción de las ayudas de la vista seleccionadas relacionadas con los objetivos de la vista y funcionamiento;
- f. Instrucción documentada o planificada sobre el uso de los dispositivos; y,
- g. Plan para administrar el uso correcto de los dispositivos y el refuerzo de nuevas tareas de la vista.

5. Implantes

Las solicitudes de procedimientos telescópicos implantados deben incluir documentación de otros tratamientos probados, como en los puntos 1-3 arriba, además:

- a. Notas de progreso que describan la necesidad de la operación;
- b. Informe quirúrgico; y,
- c. La evaluación posquirúrgica que incluya los objetivos establecidos para la terapia de rehabilitación de la baja visión.

E. Información sobre el procedimiento

Código	Descripción
92354	Adaptación de una ayuda para la baja visión montada en gafas; sistema de un único elemento
92355	Adaptación de una ayuda para la baja visión montada en gafas; sistema telescópico o formado por otros lentes compuestos
97535	Cuidado propio/entrenamiento domiciliario (p. ej., actividades de la vida cotidiana [ADL]) y entrenamiento compensatorio... contacto directo exclusivo con el proveedor de 15 minutos cada uno
V2600	Ayuda portátil para la baja visión y otras ayudas no montadas en gafas
V2610	Ayuda para la baja visión montada en gafas de un solo lente
V2615	Sistema telescópico y otros sistemas de lentes compuestos, incluyendo los telescopios de visión a distancia, telescopios de visión cercana y el sistema de lentes microscópicos compuestos

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	
1337	Tratamiento para la vista y ortóptica

Antecedentes de documentos		
<i>Fechas de aprobación</i>	<i>Revisión</i>	<i>Fechas de entrada en vigencia</i>
03/29/2019	Política inicial	03/29/2019
10/18/2019	Revisión de la política para todas las entidades de Versant Health	11/01/2019

10/28/2020	Revisión anual, se eliminaron dos códigos CPT del grupo de exámenes médicos	03/01/2021
10/06/2021	Sin cambios de criterios; hubo una reformulación de los requisitos de documentación para los servicios iniciales y posteriores	04/01/2022
04/06/2022	Criterios adicionales para telescopios implantables	09/01/2022
04/12/2023	Se agregaron dispositivos de aumento y criterios.	10/01/2023

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

1. Antal A, Sabel B. Low vision: Rescue, regeneration, restoration and rehabilitation. *Restor Neurol Neurosci*. 2019;37(6):523-524. doi:10.3233/RNN-199001.
2. Barker L, Thomas R, Rubin G, et.al. Optical reading aids for children and young people with low vision. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(3):CD010987. Published 2015 Mar 4. doi:10.1002/14651858.CD010987.pub2.
3. Bittner AK, Yoshinaga PD, Wykstra SL, et al. Telerehabilitation for people with low vision. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Feb 27;2(2):CD011019. doi: 10.1002/14651858.CD011019.pub3. PMID: 32102114; PMCID: PMC7043933.
4. Chang KJ, Dillon LL, Deverell L, et al. Orientation and mobility outcome measures. *Clin Exp Optom*. 2020 Jul;103(4):434-448. doi: 10.1111/cxo.13004. Epub 2019 Dec 15. PMID: 31838758.
5. Choi SU, Chun YS, Lee JK, et al. Comparison of vision-related quality of life and mental health between congenital and acquired low-vision patients. *Eye (Lond)*. 2019 Oct;33(10):1540-1546. doi: 10.1038/s41433-019-0439-6. Epub 2019 Apr 24. PMID: 31019263; PMCID: PMC7002576.
6. Coker MA, Huisinck CE, McGwin G Jr, et al. Rehabilitation Referral for Patients with Irreversible Vision Impairment Seen in a Public Safety-Net Eye Clinic. *JAMA Ophthalmol*. 2018;136(4):400-408. doi:10.1001/jamaophthalmol.2018.0241
7. Crossland MD, Starke SD, Imielski P, et al. Benefit of an electronic head-mounted low vision aid. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2019 Nov;39(6):422-431. doi: 10.1111/opo.12646. PMID: 31696539.
8. Dagnelie G. Age-related psychophysical changes and low vision. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2013;54(14):ORSF88-ORSF93. Published 2013 Dec 13. doi:10.1167/iovs.13-12934.
9. Das K, Gopalakrishnan S, Dalan D, et al. Factors influencing the choice of low-vision devices for visual rehabilitation in Stargardt disease. *Clin Exp Optom*. 2019 Jul;102(4):426-433. doi: 10.1111/cxo.12867. Epub 2018 Dec 24. PMID: 30582217.
10. Do AT, Ilango K, Ramasamy D, et.al. Effectiveness of low vision services in improving patient quality of life at Aravind Eye Hospital. *Indian J Ophthalmol*. 2014;62(12):1125-1131. doi:10.4103/0301-4738.149130.
11. Dockery DM, Krzystolik MG. The Use of Mobile Applications as Low-Vision Aids: A Pilot Study. *R I Med J* (2013). 2020 Oct 1;103(8):69-72. PMID: 33003684.
12. Ehrlich JR, Flora HJ, Stagg BC, et al. Functional Difficulties of Patients Seeking Low Vision Services in South India. *Asia Pac J Ophthalmol (Phila)*. 2020 Sep-Oct;9(5):470-475. doi: 10.1097/APO.000000000000285. PMID: 32371739; PMCID: PMC7541584.
13. Faye EE. Managing low vision patients. *J Ophthalmic Nurs Technol*. 1998;17(6):223-226.
14. Gobeille M, Bradley C, Goldstein JE, et al. Calibration of the Activity Inventory Item Bank: A Patient-Reported Outcome Measurement Instrument for Low Vision Rehabilitation. *Transl Vis Sci Technol*. 2021 May 3;10(6):12. doi: 10.1167/tvst.10.6.12. PMID: 34111258; PMCID: PMC8113999.
15. Gopalakrishnan S, Muralidharan A, Susheel SC, et.al. Improvement in distance and near visual acuities using low vision devices in diabetic retinopathy. *Indian J Ophthalmol*. 2017;65(10):995-998. doi:10.4103/ijo.IJO_52_17.

16. Goldstein JE, Guo X, Boland MV, et al. Low Vision Care - Out of Site. Out of Mind. *Ophthalmic Epidemiol.* 2020 Aug;27(4):252-258. doi: 10.1080/09286586.2020.1717546. Epub 2020 Jan 27. PMID: 31985303.
17. Gopalakrishnan S, Sudharshan S, Raman R, et.al. Visual rehabilitation of patients with low vision in uveitis. *Indian J Ophthalmol.* 2019;67(1):101-104. doi:10.4103/ijo.IJO_875_18
18. Henry R, Duquette J, Wittich W. Comparison of Two Lighting Assessment Methods when Reading with Low Vision. *Optom Vis Sci.* 2020 Apr;97(4):257-264. doi: 10.1097/OPX.0000000000001499. PMID: 32304535.
19. Ihrig C. Home Low Vision Ocular Rehabilitation Telehealth Expansion Due to COVID-19 Pandemic. *Telemed J E Health.* 2022 Jun;28(6):873-877. doi: 10.1089/tmj.2021.0264. Epub 2021 Sep 24. PMID: 34559013.
20. Jeon SJ, Jung Y, Jung CS, etal. Visual function evaluation for low vision patients with advanced glaucoma. *Medicine (Baltimore).* 2020 Feb;99(7): e19149. doi: 10.1097/MD.00000000000019149. PMID: 32049840; PMCID: PMC7035097.
21. Kaldenberg J, Smallfield S. Occupational Therapy Practice Guidelines for Older Adults With Low Vision. *Am J Occup Ther.* 2020 Mar/Apr;74(2):7402397010p1-7402397010p23. doi: 10.5014/ajot.2020.742003. PMID: 32204790.
22. Kaleem MA, West SK, Im L, et.al. Referral to Low Vision Services for Glaucoma Patients: Referral Criteria and Barriers. *J Glaucoma.* 2018;27(7):653-655. doi:10.1097/IJG.0000000000000985.
23. Latham K. Benefits of low vision aids to reading accessibility. *Vision Res.* 2018;153:47-52. doi:10.1016/j.visres.2018.09.009.
24. Legge GE, Chung STL. Low Vision and Plasticity: Implications for Rehabilitation. *Annu Rev Vis Sci.* 2016;2:321-343. doi:10.1146/annurev-vision-111815-114344.
25. Liu CJ, Chang MC. Interventions Within the Scope of Occupational Therapy Practice to Improve Performance of Daily Activities for Older Adults with Low Vision: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.* 2020 Jan/Feb;74(1):7401185010p1-7401185010p18. doi: 10.5014/ajot.2020.038372. PMID: 32078506; PMCID: PMC7018463.
26. Liu J, Dong J, Chen Y, et al. Low vision rehabilitation in improving the quality of life for patients with impaired vision: A systematic review and meta-analysis of 52 randomized clinical trials. *Medicine (Baltimore).* 2021 May 14;100(19):e25736. doi: 10.1097/MD.00000000000025736. Retraction in: *Medicine (Baltimore).* 2021 Jul 16;100(28):e26669. PMID: 34106601; PMCID: PMC8133190.
27. Luu W, Kalloniatis M, Bartley E, etal. A holistic model of low vision care for improving vision-related quality of life. *Clin Exp Optom.* 2020 Nov;103(6):733-741. doi: 10.1111/cxo.13054. Epub 2020 Mar 3. PMID: 32128871.
28. Markowitz SN. State-of-the-art: low vision rehabilitation. *Can J Ophthalmol.* 2016;51(2):59-66. doi:10.1016/j.jcjo.2015.11.002.
29. Mednick Z, Jaidka A, Nesdole R, et.al. Assessing the iPad as a tool for low-vision rehabilitation. *Can J Ophthalmol.* 2017;52(1):13-19. doi:10.1016/j.jcjo.2016.05.015
30. Moisseiev E, Mannis MJ. Evaluation of a Portable Artificial Vision Device Among Patients with Low Vision. *JAMA Ophthalmol.* 2016;134(7):748-752. doi:10.1001/jamaophthalmol.2016.1000.
31. Monye HI, Kyari F, Momoh RO. A situational report on low vision services in tertiary hospitals in South-East Nigeria. *Niger J Clin Pract.* 2020 Jul;23(7):919-927. doi: 10.4103/njcp.njcp_375_19. PMID: 32620720.
32. National Institutes of Health (NIH), National Eye Institute (NEI), Information for Healthy Vision. Low Vision. <https://nei.nih.gov/lowvision>. Accessed 12/28/17.

33. Nayeni M, Dang A, Mao AJ, et.al. Quality of life of low vision patients: a systematic review and meta-analysis. *Can J Ophthalmol*. 2021 Jun;56(3):151-157. doi: 10.1016/j.jcjo.2020.10.014. Epub 2020 Nov 12. PMID: 33189608.
34. Ni L, Li K, Jiang L, et.al. A Nurse's Perspective on Visual Rehabilitation of Outpatients with Low Vision in China. *Rehabil Nurs*. 2020 Jan/Feb;45(1):45-53. doi: 10.1097/rnj.000000000000178. PMID: 30095554.
35. Nollett C, Bartlett R, Man R, et.al. How do community-based eye care practitioners approach depression in patients with low vision? A mixed methods study. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):426. Published 2019 Dec 30. doi:10.1186/s12888-019-2387-x
36. Nollett C, Bartlett R, Man R, et.al. Barriers to integrating routine depression screening into community low vision rehabilitation services: a mixed methods study. *BMC Psychiatry*. 2020 Aug 26;20(1):419. doi: 10.1186/s12888-020-02805-8. PMID: 32842989; PMCID: PMC7448511.
37. Pehere NK, Jacob N. Understanding low functioning cerebral visual impairment: An Indian context. *Indian J Ophthalmol*. 2019 Oct;67(10):1536-1543. doi: 10.4103/ijo.IJO_2089_18. PMID: 31546476; PMCID: PMC6786190.
38. Rai P, Rohatgi J, Dhaliwal U. Coping strategy in persons with low vision or blindness - an exploratory study. *Indian J Ophthalmol*. 2019 May;67(5):669-676. doi: 10.4103/ijo.IJO_1655_18. PMID: 31007237; PMCID: PMC6498927.
39. Stelmack, JA, Tang XC, Yongliang Wei, MS et al. Outcomes of the Veterans Affairs Low Vision Intervention Trial II (LOVIT II). *JAMA Ophthalmol*. 2017;135(2):96-104.
40. Tatiyosyan SA, Rifai K, Wahl S. Standalone cooperation-free OKN-based low vision contrast sensitivity estimation in VR - a pilot study. *Restor Neurol Neurosci*. 2020;38(2):119-129. doi: 10.3233/RNN-190937. PMID: 32200360.
41. Tong J, Huang J, Khou V, et.al. Topical Review: Assessment of Binocular Sensory Processes in Low Vision. *Optom Vis Sci*. 2021 Apr 1;98(4):310-325. doi: 10.1097/OPX.0000000000001672. PMID: 33828038; PMCID: PMC8051935.
42. Virgili G, Acosta R, et al. Reading aids for adults with low vision. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;10:CD003303. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4288929/>. Accessed 12/28/17.
43. Vincent SJ. The use of contact lenses in low vision rehabilitation: optical and therapeutic applications. *Clin Exp Optom*. 2017 Sep;100(5):513-521. doi: 10.1111/cxo.12562. Epub 2017 Jun 29. PMID: 28664572.
44. Virtanen P, Laatikainen L. Low-vision aids in age-related macular degeneration. *Curr Opin Ophthalmol*. 1993;4(3):33-35. doi:10.1097/00055735-199306000-00006
45. Wittich W, St Amour L, Jarry J, et.al. Test-retest Variability of a Standardized Low Vision Lighting Assessment. *Optom Vis Sci*. 2018;95(9):852-858. doi:10.1097/OPX.0000000000001275
46. Verdina T, Piaggi S, Peschiera R, et al. Biofeedback Low Vision Rehabilitation with Retimax Vision Trainer in Patients with Advanced Age-related Macular Degeneration: A Pilot Study. *Semin Ophthalmol*. 2020 Apr 2;35(3):164-169. doi: 10.1080/08820538.2020.1774624. Epub 2020 Jun 1. PMID: 32476579.
47. Whitson HE, Woolson S, Olsen M, et al. Cognitive Impairment among Veterans in Outpatient Vision Rehabilitation. *Optom Vis Sci*. 2020 Jun;97(6):462-469. doi: 10.1097/OPX.0000000000001522. PMID: 32511169; PMCID: PMC7291825.
48. World Health Organization (WHO). Priority Eye Diseases. Refractive errors and low vision. <http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index4.html>. Accessed 12/27/17.
49. Young JS. Age-related eye diseases and recommendations for low-vision AIDS. *Home Health Now*. 2015;33(1):10-19. doi:10.1097/NHH.0000000000000177

50. van Nispen RM, Virgili G, Hoeben M, et.al. Low vision rehabilitation for better quality of life in visually impaired adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Jan 27;1(1):CD006543. doi: 10.1002/14651858.CD006543.pub2. PMID: 31985055; PMCID: PMC6984642.

FUENTES

1. American Academy of Ophthalmology. Preferred Practice Pattern. Vision Rehabilitation. 2017.
2. American Medical Association. 2018 Current Procedural Terminology (CPT). Evaluation and Management. Guidelines. Time.
3. American Medical Association. 2018 Current Procedural Terminology (CPT). Evaluation and Management. Office or Other Outpatient Services. (Codes 99201-99215).
4. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Technology Assessment. Vision Rehabilitation for Elderly Individuals with Low Vision or Blindness. Agency for Healthcare Research and Quality. 10/06/04.
5. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Transmittal AB-02-078. Provider Education Article: Medicare Coverage of Rehabilitation Services for Beneficiaries with Vision Impairment. Effective date: 05/29/02. <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/AB02078.pdf>. Accessed 12/28/17
6. U.S. Department of Veterans Affairs. Low vision rehab https://www.va.gov/OPTOMETRY/Low_Vision_Rehabilitation.asp. Accessed 3/1/2023.
7. Vision Aware for independent living with vision loss. <https://visionaware.org/everyday-living/helpful-products/overview-of-low-vision-devices/low-vision-optical-devices/>. Accessed 3/9/2023.
8. World Health Organization (WHO). Priority Eye Diseases. Refractive errors and low vision. <http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index4.html>. Accessed 12/27/17. WHO classification of low vision: <https://www.icd10monitor.com/looking-at-new-icd-10-cm-codes-for-blindness>, accessed August 20, 2021.