

<b>Nombre de la política</b>	Política clínica: Evaluación y rehabilitación en casos de baja visión
<b>Número de la política</b>	1318.00
<b>Departamento</b>	Productos Clínicos y Desarrollo (Clinical Product & Development)
<b>Subcategoría</b>	Administración médica
<b>Fecha de emisión original</b>	03/29/2019
<b>Fecha de aprobación de MPC/CMO actual</b>	04/03/2024
<b>Fecha de entrada en vigencia actual</b>	07/01/2024

**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. d/b/a Superior Vision of Texas
- Davis Vision

(Collectively referred to as 'Versant Health' or 'the Company')

**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.

**PROPÓSITO**

Para dar criterios clínicos que apoyen las indicaciones para la evaluación y la rehabilitación por baja visión. También se definen los códigos de procedimientos aplicables.

## POLÍTICA

### A. Descripción

Baja visión se refiere a la discapacidad visual que no puede corregirse por completo con anteojos estándar, lentes de contacto o intervenciones médicas/quirúrgicas. Las personas con baja visión mantienen un poco de visión útil, pero tienen dificultades en las actividades debido a sus limitaciones visuales. La baja visión puede ser un déficit en la agudeza visual o limitaciones en el campo visual. Este documento menciona los criterios de necesidad médica para la evaluación de la baja visión, la rehabilitación y las ayudas de la vista y pretende guiar a los profesionales de la atención médica a identificar a las personas que se beneficiarían de estas terapias<sup>1</sup>.

### B. Medicamento necesario

1. La evaluación de la baja visión, la rehabilitación y ayudas selectas para la baja visión (V2600, V2610, V2615)<sup>2</sup> pueden ser médicamente necesarias cuando se cumplan los siguientes criterios:
  - a. Discapacidad visual moderada a grave
    - i. Agudeza visual mejor corregida de 20/70 o peor en el mejor ojo; o,
    - ii. Campo visual restringido a 20 grados o menos en el ojo con el que mejor ve.
  - b. Efecto funcional: documentación de la dificultad con actividades diarias, efecto negativo en la calidad de vida, efecto negativo en la independencia o preocupaciones por la seguridad.
2. Un telescopio intraocular implantable puede ser médicamente necesario cuando se cumplen los siguientes criterios:<sup>3 4</sup>
  - i. Diagnóstico de deterioro macular en etapa final
  - ii. Agudeza visual mejor corregida de 20/160 a 20/800
  - iii. Escotomas centrales bilaterales
  - iv. Enfermedad macular intratable
3. La Administración del Seguro Social (SSA) define la ceguera legal como una agudeza visual 20/200 o menos con el uso de un lente corrector o un diámetro de campo visual de 20 grados o menos en el ojo que tiene mejor vista.<sup>5</sup>

### C. No es medicamento necesario

<sup>1</sup> American Foundation for the Blind, 2024.

<sup>2</sup> Administración del Seguro Social de EE. UU. (US Social Security Administration), 2024.

<sup>3</sup> Sasso, 2024

<sup>4</sup> Savastano, 2023.

<sup>5</sup> US Social Security Administration, 2010.

1. La rehabilitación de baja visión no incluye ejercicios oculares, ortóptica, terapia de la vista, entrenamiento de la vista, 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.
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.

#### **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 reporte de cada prueba.
  - d. Plan de atención a la baja visión completo que incorpore todo lo siguiente:
    - i. Indicaciones para la terapia de baja visión incluyendo los efectos de ADL;
    - ii. Descripción y justificación de cada dispositivo de baja visión recomendado;
    - iii. El paciente o el cuidador demuestran que están dispuestos y que pueden participar en la atención y usar los dispositivos recomendados;

- iv. Objetivos de la terapia de baja visión, incluyendo el programa de visitas, dispositivos evaluados (anteojos u otros) para varias tareas;
- v. Observación documentada de los dispositivos en uso por el paciente con una evaluación de la idoneidad de los dispositivos y los cambios recomendados;
- vi. Medidas cuantitativas del desempeño del punto de referencia;
- vii. 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 comparado 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 la 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; y,
  - 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 el plan, 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; y,
- e. Descripción de las ayudas de la vista seleccionadas relacionadas con los objetivos de la vista y funcionamiento;

5. Telescopio intraocular implantable

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

- a. Notas de progreso que describan la necesidad de la operación;
- b. Reporte quirúrgico; y,
- c. La evaluación posquirúrgica para incluir los objetivos establecidos para la terapia de rehabilitación de la baja visión, cuando se indique, después del procedimiento.

**E. Información sobre el procedimiento**

<b>Códigos CPT/HCPCS</b>	
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**

Excepto por los derechos de autor que se describen a continuación, esta política clínica es confidencial y patentada, y ninguna parte de esta política clínica puede copiarse, usarse o distribuirse sin que Versant Health o sus afiliados correspondientes expresen su aprobación previa por escrito.

### **DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL DE LA AMA**

Derechos de propiedad intelectual 2002-2024 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.

<b>POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS</b>	
1337	Tratamiento para la vista y ortóptica

<b>Antecedentes de documentos</b>		
<b><i>Fechas de aprobación</i></b>	<b><i>Revisión</i></b>	<b><i>Fechas de entrada en vigencia</i></b>
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
04/03/2024	Definición de baja visión de la OMS eliminada porque la agencia la quito; definición de ceguera de la Administración del Seguro Social añadida para apoyar los criterios de baja visión. Códigos y criterios añadidos para los telescopios implantados; eliminación de listas de dispositivos de ayuda a la baja visión.	07/01/2024

## 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. Coker MA, Huisingh 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
6. 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.
7. 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.
8. 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
9. 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.
10. 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.

11. 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.
12. Latham K. Benefits of low vision aids to reading accessibility. *Vision Res*. 2018; 153:47-52. doi: 10.1016/j.visres.2018.09.009.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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
17. 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.
18. 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.0000000000000178. PMID: 30095554.
19. 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.
20. Sasso P, Savastano A, Vidal-Aroca Fet.al. Enhancing the Functional Performance of Patients with Late-Stage Age-Related Macular Degeneration Implanted with a Miniature Telescope using Rehabilitation Training. *Ophthalmol Ther*. 2024 Mar;13(3):697-707. doi: 10.1007/s40123-023-00871-1. Epub 2024 Jan 2. Erratum in: *Ophthalmol Ther*. 2024 Feb 5: PMID: 38165600; PMCID: PMC10853143.
21. Shi A, Salim S. Vision rehabilitation in glaucoma patients. *Curr Opin Ophthalmol*. 2023 Mar 1;34(2):109-115. doi: 10.1097/ICU.0000000000000930. Epub 2023 Jan 13. PMID: 36718681.
22. Savastano A, Ferrara S, Sasso P, et.al. Smaller-Incision new-generation implantable miniature telescope: Three-month follow-up study. *Eur J Ophthalmol*. 2023 Nov 3:11206721231212545. doi: 10.1177/11206721231212545. Epub ahead of print. PMID: 37920982.
23. 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.
24. 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.
25. 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.



26. 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.
27. 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
28. 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
29. 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.
30. 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.
31. World Health Organization (WHO). Priority Eye Diseases. Refractive errors and low vision. <http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index4.html>. Accessed 2/2024.
32. 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/Vision Rehabilitation PPP 2022; <https://www.aao.org/education/preferred-practice-pattern/vision-rehabilitation-ppp-2022> . Accessed 2/2024
2. American Foundation for the Blind; Low vision and Legal Blindness Terms and Descriptions. <https://www.afb.org/blindness-and-low-vision/eye-conditions/low-vision-and-legal-blindness-terms-and-descriptions>. Accessed 3/2024.
3. American Optometric Association; <https://www.aoa.org/healthy-eyes/caring-for-your-eyes/low-vision-and-vision-rehab?sso=y> Accessed 3/2024.
4. CMS Billing and Coding: Implantable Miniature Telescope for Macular Degeneration. 2019. <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/article.aspx?articleId=53501>. Accessed 3/2024.
5. CMS Technology Assessment. Vision Rehabilitation for Elderly Individuals with Low Vision or Blindness. Agency for Healthcare Research and Quality. 10/06/04. <https://www.cms.gov/medicare/coverage/infoexchange/downloads/rtcvisionrehab.pdf>. Accessed 2/2024. [https://www.va.gov/OPTOMETRY/Low\\_Vision\\_Rehabilitation.asp](https://www.va.gov/OPTOMETRY/Low_Vision_Rehabilitation.asp). Accessed 2/2024.
6. National Institutes of Health (NIH), National Eye Institute (NEI), Information for Healthy Vision. Low Vision. <https://www.nei.nih.gov/learn-about-eye-health/eye-conditions-and-diseases/low-vision>. <https://www.nei.nih.gov/learn-about-eye-health/eye-conditions-and-diseases/low-vision> Accessed 2/2024.
7. U.S. Department of Veterans Affairs. Blind and Low vision Rehab. <https://www.va.gov/health-care/about-va-health-benefits/vision-care/blind-low-vision-rehab-services/>. Accessed 2/2024.
8. U.S. Social Security Administration. Disability evaluation under social security (Blue book- August 2010). Section 2.00 special senses and speech. <https://www.ssa.gov/disability/professionals/bluebook/>. Accessed 4/2024.

9. U.S. Social Security Administration: Legal blindness is defined by the Social Security Administration (SSA) as visual acuity 20/200 or less with the use of a correcting lens or a visual field diameter 20 degrees or less in the better seeing eye.  
<https://www.ssa.gov/disability/professionals/bluebook/>. Accessed 4/2024.
10. 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 4/2024.
11. World Health Organization (WHO). Looking at new ICD-10 Codes for Blindness. [Lhttp://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index4.html](http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index4.html). WHO classification of low vision: <https://www.icd10monitor.com/looking-at-new-icd-10-cm-codes-for-blindness>. Accessed 2/2024.