

| | |
|--|---|
| Nombre de la política | Política clínica: Lentes de contacto médicamente necesarios |
| Número de la política | 1309.00 |
| Departamento | Productos Clínicos y Estrategia (Clinical Product & Strategy) |
| Subcategoría | Administración médica |
| Fecha de aprobación inicial | 02/06/2018 |
| Fecha de aprobación de MPC/CMO actual | 01/05/2022 |
| Fecha de entrada en vigencia actual | 04/01/2022 |

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 o DEFINICIONES

n/c

PROPÓSITO

Proporcionar los criterios de necesidad médica que respalden las indicaciones para lentes de contacto. También se definen los códigos de diagnóstico vigentes relacionados con los lentes de contacto médicamente necesarios.

| |
|-----------------|
| POLÍTICA |
|-----------------|

A. Antecedentes

Para dar los criterios de necesidad médica que respalden las indicaciones para lentes de contacto. También se definen los códigos de procedimiento y material aplicable para los lentes de contacto médicamente necesarios.

B. Condiciones médicamente necesarias

1. **92072** Ajuste de lentes de contacto para el manejo de queratocono, ajuste inicial.

| HCPCS | |
|--------------|--|
| V2510 | Lentes de contacto, permeables a gases, esféricos, por lente |
| V2511 | Lentes de contacto, permeables a gases, tóricos, prismáticos con contrapeso, por lente |
| V2530 | Lentes de contacto, esclerales, permeables a gases, por lente (híbrido) |
| V2531 | Lentes de contacto, esclerales, impermeables a gases, por lente |

Condiciones y criterios médicamente necesarios

- i. Para la topografía corneal del queratocono que documenta una inclinación inferior o lecturas de queratometría con miras distorsionadas irregulares e inclinados.
- ii. En el caso del astigmatismo irregular, debe haber dos (+ o - 2) dioptrías de astigmatismo irregular en cualquiera de los dos ojos para calificar con los requisitos de los lentes de contacto médicamente necesarios para esta indicación.

2. **92071** Ajuste de lentes de contacto para tratamiento de la enfermedad de la superficie ocular

| HCPCS | |
|--------------|---|
| V2531 | Lentes de contacto, esclerales, impermeables a gases, por lente |

Condiciones y criterios médicamente necesarios

Los lentes esclerales se consideran médicamente necesarios para el tratamiento de la enfermedad sintomática del ojo seco cuando los pacientes no han respondido a un ensayo integral de tratamientos tópicos y sistémicos o la oclusión de los puntos lagrimales, incluyendo los tratamientos para la blefaritis anterior asociada y la disfunción de la glándula de Meibomio (MGD). Estos agentes suelen incluir:

- i. Lágrimas artificiales no preservadas
- ii. Agentes inmunomoduladores no corticoesteroides (por ejemplo: cyclosporine);
- iii. Antagonistas de LFA-1 (por ejemplo, lifitegrast)
- iv. Secretagogos tópicos
- v. Macrólido oral o antibióticos tetraciclinas;
- vi. Incapacidad para pagar un tratamiento médico continuo de suplementos que no son lágrimas.

3. **92311** Graduación de características ópticas y físicas y adaptación de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación; lentes corneales para afaquia, un (1) ojo.

92312 Graduación de características ópticas y físicas y adaptación de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación; lentes corneales para afaquia, ambos ojos

| HCPCS | |
|--------------|--|
| V2510 | Lentes de contacto, permeables a gases, esféricos, por lente |
| V2511 | Lentes de contacto, permeables a gases, tóricos, prismáticos con contrapeso, por lente |
| V2520 | Lentes de contacto, hidrófilos, esféricos, por lente |
| V2521 | Lentes de contacto, hidrófilos, tóricos o prismáticos con contrapeso, por lente |
| V2523 | Lentes de contacto, hidrófilos, uso prolongado, por lente |

Condiciones y criterios médicamente necesarios

El paciente tiene ausencia del cristalino y una graduación de anteojos de +4.00 dioptrías o más en uno o en ambos ojos.

4. **92310** Graduación de características ópticas y físicas y adaptación de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación; lentes corneales, ambos ojos, salvo afaquia

| HCPCS | |
|--------------|--|
| V2599 | Lentes de contacto, otro tipo, especificado como lente de contacto de iris protético |

Condiciones y criterios médicamente necesarios

Ausencia de iris, coloboma de iris o malformación congénita de iris.

5. **92310** Graduación de características ópticas y físicas y adaptación de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación; lentes corneales, ambos ojos, salvo afaquia

| HCPCS | |
|--------------|--|
| V2510 | Lentes de contacto, permeables a gases, esféricos, por lente |
| V2511 | Lentes de contacto, permeables a gases, tóricos, prismáticos con contrapeso, por lente |
| V2520 | Lentes de contacto, hidrófilos, esféricos, por lente |
| V2521 | Lentes de contacto, hidrófilos, tóricos o prismáticos con contrapeso, por lente |
| V2523 | Lentes de contacto, hidrófilos, uso prolongado, por lente |

Condiciones y criterios médicamente necesarios

- a. La diferencia de la receta entre los ojos derecho e izquierdo es de ≥ 3.00 dioptrías en un meridiano de uno o de ambos ojos.
- b. La receta de los anteojos es de $> - 6.00$ o $\geq + 6.00$ dioptrías en cualquier meridiano; y
 - i. Agudeza visual mejor corregida con anteojos de 20/40 o peor en cualquiera de los ojos; y
 - ii. Mejora de la agudeza visual de 2 líneas o más con lentes de contacto.
 - iii. La receta de los anteojos es de $> - 8.00$ o $> + 8.00$ dioptrías en cualquier meridiano, independientemente de la mejor agudeza visual corregida.
- c. En el caso de los pacientes con queratopatía puntiforme de Thygeson, los pacientes no han respondido a los corticosteroides tópicos y a la cyclosporine o para los que estos agentes están contraindicados o no se toleran.

C. Documentación

El reembolso debe tener respaldo de documentación adecuada y completa de la historia clínica del paciente en la que se describen el procedimiento y la razón médica para hacerlo. La documentación requiere, como mínimo, todos los artículos siguientes. Todos los artículos deben estar disponibles según se soliciten para iniciar o mantener los pagos anteriores. Cada página de la historia clínica debe ser legible e incluir la información de identificación adecuada del paciente (p. ej., nombre completo, fechas de servicio). Los servicios proporcionados/indicados deben estar autenticados por el médico; no se aceptan firmas estampadas.

1. Se requiere una declaración firmada de la necesidad médica. En esta declaración se debe documentar la indicación específica adecuada para el paciente y debe estar acompañada de la historia clínica de respaldo.
2. La declaración debe incluir a historia clínica pertinente, el examen físico y los resultados de las pruebas de diagnóstico y de los procedimientos especificados y adicionales.
3. La graduación de los lentes.

D. Información sobre el procedimiento

| | |
|-------|--|
| 92071 | Ajuste de lentes de contacto para tratamiento de la enfermedad de la superficie ocular |
| 92072 | Ajuste de lentes de contacto para manejo de queratocono, ajuste inicial |
| 92310 | Graduación de características ópticas y físicas y adaptación de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación; lentes corneales, ambos ojos, salvo afaquia |
| 92311 | Graduación de características ópticas y físicas y adaptación de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación; lentes corneales para afaquia, 1 ojo |
| 92312 | Graduación de características ópticas y físicas y adaptación de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación; lentes corneales para afaquia, ambos ojos |
| 92313 | Graduación de características ópticas y físicas y adaptación de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación; lentes corneoesclerales |

| | |
|---------------------|--|
| 92314 | Graduación de características ópticas y físicas y adaptación de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación y dirección de ajuste por parte de un técnico independiente; lentes corneales, ambos ojos, salvo afaquia |
| 92315 | Graduación de características ópticas y físicas y adaptación de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación y dirección de ajuste por parte de un técnico independiente; lentes corneales para afaquia, 1 ojo |
| 92316 | Graduación de características ópticas y físicas y adaptación de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación y dirección de ajuste por parte de un técnico independiente; lentes corneales para afaquia, ambos ojos |
| 92317 | Graduación de características ópticas y físicas y adaptación de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación y dirección de ajuste por parte de un técnico independiente; lentes corneoesclerales |
| 92325 | Modificación de lentes de contacto (procedimiento por separado), con supervisión médica de la adaptación |
| 92326 | Reemplazo de lentes de contacto |
| CÓDIGOS HCPC | |
| S0512 | Lentes de contacto de especialidad de uso diario, por lente |
| S0514 | Lentes de contacto de color, por lente |
| S0515 | Lentes esclerales, dispositivo de vendaje líquido, por lente |
| S0592 | Evaluación integral de lentes de contacto |
| V2500 | Lentes de contacto, metacrilato de polimetilo (PMMA), esféricos, por lente |
| V2501 | Lentes de contacto, PMMA, tóricos o prismáticos con contrapeso, por lente |
| V2502 | Lentes de contacto PMMA, bifocales, por lente |
| V2503 | Lentes de contacto, PMMA, deficiencia de visión en color, por lente |
| V2510 | Lentes de contacto, permeables a gases, esféricos, por lente |
| V2511 | Lentes de contacto, permeables a gases, tóricos, prismáticos con contrapeso, por lente |
| V2512 | Lentes de contacto, permeables a gases, bifocales, por lente |
| V2513 | Lentes de contacto, permeables a gases, uso prolongado, por lente |
| V2520 | Lentes de contacto, hidrófilos, esféricos, por lente |
| V2521 | Lentes de contacto, hidrófilos, tóricos o prismáticos con contrapeso, por lente |
| V2522 | Lentes de contacto, hidrófilos, bifocales, por lente |

| | |
|-------|--|
| V2523 | Lentes de contacto, hidrófilos, uso prolongado, por lente |
| V2530 | Lentes de contacto, esclerales, impermeables a gases, por lente (para la modificación de lentes de contacto, consulte 92325) |
| V2531 | Lentes de contacto, esclerales, permeables a gases, por lente (para la modificación de lentes de contacto, consulte 92325) |
| V2599 | Lentes de contacto, otro tipo |

Modificadores requeridos para V2500 - V2599

| | |
|--------------------------|--|
| Modificadores anatómicos | RT - lado derecho LT - lado izquierdo 50 - bilateral |
|--------------------------|--|

Modificadores no válidos para 92310 - 92317

| | |
|------------------------------|---|
| Modificadores de EM | Estos códigos no permiten modificadores de evaluación y tratamiento (EM). Los modificadores 24, 25, 57 y 95 no se pueden anexar a cualquier código de cirugía |
| Modificadores de diagnóstico | No hay componentes técnicos en estos códigos porque este servicio no es una prueba de diagnóstico; TC y 26 no son modificadores válidos para añadir a ninguno de los códigos de arriba para estos códigos |
| Modificadores quirúrgicos | No se permiten modificadores quirúrgicos para este servicio. Los modificadores AS, XE, XP, XS, XU, 22, 52, 54, 55, 58, 59, 76, 77, 78, 79, 80, 81 y 82 no se deben anexar a cualquier código mencionado arriba en reclamaciones médicas de lentes de contacto |

No se requieren modificadores para el ajuste de lentes de contacto 92310 - 92317

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 2002-2022 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 RELACIONADAS | |
|-------------------------------|---|
| 1316.00 | Exámenes oftalmológicos |
| 1328.00 | Queratocono y ectasias corneales relacionadas |

| ANTECEDENTES DE DOCUMENTOS | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <i>Fecha de aprobación</i> | <i>Revisión</i> | <i>Fecha de entrada en vigencia</i> |
| 02/06/2018 | Política inicial | 02/06/2018 |
| 10/18/2019 | Ametropía alta, indicador agregado para la cobertura, independientemente de la mejor corrección de agudeza visual. Astigmatismo irregular, indicador agregado de 2.00 dioptrías de astigmatismo en cualquiera de los ojos | 01/01/2020 |
| 10/18/2019 | Corrección de administrador en requisitos de documentación 02/11/2020 | 01/01/2020 |
| 06/03/2020 | Cambios de criterios en las secciones de 1 a 4 | 09/01/2020 |
| 04/07/2021 | Los criterios para las métricas de ametropía alta se replantean como aplicables a cualquier meridiano en lugar de al equivalente esférico | 09/01/2021 |

| | | |
|------------|---|--------------------------------|
| 10/06/2021 | Agregado de indicación nueva, (queratitis punteada superficial de Thygeson) para lentes de contacto de uso prolongado. Revisión de los criterios de queratocono y ectasias corneales relacionadas para que sean independientes (“o”) en lugar de combinados (“y”) | 04/01/2022 (superseded) |
| 01/05/2022 | Se quitaron los requisitos para el astigmatismo queratométrico superior a 2.5 dioptrías; se reorganizaron las políticas por códigos de procedimiento; se eliminaron los códigos de diagnóstico en el marco de la política. | 04/01/2022 |

BIBLIOGRAFÍA y FUENTES

1. Asimellis G, Kaufman EJ. Keratoconus. 2020 Aug 13. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan–. PMID: 29262160.
2. Aslan MG, Findik H, Okutucu M, et.al. The impact of hybrid contact lenses on keratoconus progression after accelerated transepithelial corneal cross-linking. *Int Ophthalmol*. 2020 Aug 27. doi: 10.1007/s10792-020-01551-w. Epub ahead of print. PMID: 32856196.
3. Bullimore MA, Johnson LA. Overnight orthokeratology. *Cont Lens Anterior Eye*. 2020 Aug;43(4):322-332. doi: 10.1016/j.clae.2020.03.018. Epub 2020 Apr 22. PMID: 32331970.
4. Bullimore MA. The Safety of Soft Contact Lenses in Children. *Optom Vis Sci*. 2017;94(6):638–646. doi:10.1097/OPX.0000000000001078.
5. Cooper J, Tkatchenko AV. A Review of Current Concepts of the Etiology and Treatment of Myopia. *Eye Contact Lens*. 2018;44(4):231–247. doi:10.1097/ICL.0000000000000499.
6. de Luis Eguileor B, Acera A, Santamaría Carro A, et.al. Changes in the corneal thickness and limbus after 1 year of scleral contact lens use. *Eye (Lond)*. 2020 Sep;34(9):1654-1661. doi: 10.1038/s41433-019-0729-z. Epub 2019 Dec 10. PMID: 31822857; PMCID: PMC7608222.
7. Downie LE, Lindsay RG. Contact lens management of keratoconus. *Clin Exp Optom*. 2015;98(4):299–311. doi:10.1111/cxo.12300.
8. Dragea DC, Birbal RS, Ham L, et al. Bowman layer transplantation in the treatment of keratoconus. *Eye Vis (Lond)*. 2018;5:24. Published 2018 Sep 12. doi:10.1186/s40662-018-0117-y.
9. Farooq AV, Colby K. Contact Lenses in the Management of Corneal Dystrophies. Gifford P, Gifford KL. *The Future of Myopia Control Contact Lenses*. *Optom Vis Sci*. 2016;93(4):336– 343. doi:10.1097/OPX.0000000000000762 .
10. Farooq AV, Colby K. Contact Lenses in the Management of Corneal Dystrophies. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2020 Feb;237(2):175-179. English. doi: 10.1055/a-0735-9801. Epub 2019 Feb 8. PMID: 30736080.
11. Guzman-Aranguéz A, Fonseca B, Carracedo G, et.al. Dry Eye Treatment Based on Contact Lens Drug Delivery: A Review. *Eye Contact Lens*. 2016;42(5):280–288. doi:10.1097/ICL.0000000000000184.
12. Hui A. Contact lenses for ophthalmic drug delivery. *Clin Exp Optom*. 2017;100(5):494–512. doi:10.1111/cxo.12592.
13. Ihnatko R, Eden U, Fagerholm P, et.al. Congenital Aniridia and the Ocular Surface. *Ocul Surf*. 2016;14(2):196–206. doi:10.1016/j.jtos.2015.10.003
14. Jiang N, Montelongo Y, Butt H, et.al. Microfluidic Contact Lenses. *Small*. 2018;14(15): e1704363. doi:10.1002/smll.201704363.
15. Kaluzny BJ, Stachura J, Mlyniuk P, et.al. Change in the geometry of positive- and negative-

- powered soft contact lenses during wear. PLoS One. 2020 Nov 9;15(11): e0242095. doi: 10.1371/journal.pone.0242095. PMID: 33166364; PMCID: PMC7652269.
16. Koppen C, Kreps EO, Anthonissen L, et.al. Scleral Lenses Reduce the Need for Corneal Transplants in Severe Keratoconus. *Am J Ophthalmol*. 2018 Jan;185:43-47. doi: 10.1016/j.ajo.2017.10.022. Epub 2017 Nov 16. PMID: 29103959.
 17. Lambert SR, Aakalu VK, Hutchinson AK, et al. Intraocular Lens Implantation during Early Childhood: A Report by the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology*. 2019;126(10):1454–1461. doi:10.1016/j.ophtha.2019.05.009.
 18. Li SM, Kang MT, Wu SS, et al. Studies using concentric ring bifocal and peripheral add multifocal contact lenses to slow myopia progression in school-aged children: a meta-analysis. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2017;37(1):51–59. doi:10.1111/opo.12332.
 19. Lim L, Lim EWL. Therapeutic Contact Lenses in the Treatment of Corneal and Ocular Surface Diseases-A Review. *Asia Pac J Ophthalmol (Phila)*. 2020 Dec;9(6):524-532. doi: 10.1097/APO.0000000000000331. PMID: 33181548.
 20. McNeill S, Bobier WR. The correction of static and dynamic aniseikonia with spectacles and contact lenses. *Clin Exp Optom*. 2017;100(6):732–734. doi:10.1111/cxo.12516.
Nagra PK, Rapuano CJ, Cohen EJ, et. al Thygeson's Superficial Punctate Keratitis, *Ophthalmology* 2004; 111:34-37
 21. Nilagiri VK, Metlapally S, Kalaiselvan P, et.al. LogMAR and Stereoacuity in Keratoconus Corrected with Spectacles and Rigid Gas-permeable Contact Lenses. *Optom Vis Sci*. 2018 Apr;95(4):391-398. doi: 10.1097/OPX.0000000000001205. PMID: 29554011; PMCID: PMC5968352.
 22. Porcar E, Montalt JC, España-Gregori E, et.al. Corneo-scleral contact lenses in an uncommon case of keratoconus with high hyperopia and astigmatism. *Cont Lens Anterior Eye*. 2017 Oct;40(5):351-356. doi: 10.1016/j.clae.2017.07.004. Epub 2017 Jul 13. PMID: 28712891.
 23. Prousalis E, Haidich AB, Fontalis A, et.al. Efficacy and safety of interventions to control myopia progression in children: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *BMC Ophthalmol*. 2019 May 9;19(1):106. doi: 10.1186/s12886-019-1112-3. PMID: 31072389; PMCID: PMC6506938.
 24. Rathi VM, Mandathara PS, Dumpati S. Contact lens in keratoconus. *Indian J Ophthalmol*. 2013 Aug;61(8):410-5. doi: 10.4103/0301-4738.116066. PMID: 23925325; PMCID: PMC3775075.
 25. Remón L, Pérez-Merino P, Macedo-de-Araújo RJ, et.al. Bifocal and Multifocal Contact Lenses for Presbyopia and Myopia Control. *J Ophthalmol*. 2020 Mar 27;2020:8067657. doi: 10.1155/2020/8067657. PMID: 32318285; PMCID: PMC7152962.
 26. Sankaridurg P. Contact lenses to slow progression of myopia. *Clin Exp Optom*. 2017;100(5):432–437. doi:10.1111/cxo.12584 .
 27. Saraç Ö, Kars ME, Temel B, et.al. Clinical evaluation of different types of contact lenses in keratoconus management. *Cont Lens Anterior Eye*. 2019 Oct;42(5):482-486. doi: 10.1016/j.clae.2019.02.013. Epub 2019 Feb 23. PMID: 30808595.
 28. Sauer A, Greth M, Letsch J, et.al. Contact Lenses and Infectious Keratitis: From a Case-Control Study to a Computation of the Risk for Wearers. *Cornea*. 2020 Jun;39(6):769-774. doi: 10.1097/ICO.0000000000002248. PMID: 31990844.
 29. Shetty R, Kaweri L, Pahuja N, et.al. Current review and a simplified "five-point management algorithm" for keratoconus. *Indian J Ophthalmol*. 2015 Jan;63(1):46-53. doi: 10.4103/03014738.151468. PMID: 25686063; PMCID: PMC4363958.
 30. Shi WY, Gao H, Li Y. [Standardizing the clinical diagnosis and treatment of keratoconus in China]. *Zhonghua Yan Ke Za Zhi*. 2019 Jun 11;55(6):401-404. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.issn.0412-4081.2019.06.001. PMID: 31189269.
 31. Smith EL, Hung LF, Arumugam B, et.al. Observations on the relationship between anisometropia, amblyopia and strabismus. *Vision Res*. 2017;134:26–42. doi:10.1016/j.visres.2017.03.004.

32. South J, Gao T, Collins A, et.al. Aniseikonia and Anisometropia: implications for suppression and amblyopia. *Clin Exp Optom.* 2019;102(6):556–565. doi:10.1111/cxo.12881.
33. Tang M, Li Y, Chamberlain W, et.al. Differentiating Keratoconus and Corneal Warpage by Analyzing Focal Change Patterns in Corneal Topography, Pachymetry, and Epithelial Thickness Maps. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2016;57(9): OCT544–OCT549. doi:10.1167/iops.15-18938
34. Tay SA, Farzavandi S, Tan D. Interventions to Reduce Myopia Progression in Children. *Strabismus.* 2017 Mar;25(1):23-32. doi: 10.1080/09273972.2016.1276940. Epub 2017 Feb 6. PMID: 28166436.
35. Thulasi P, Djalilian AR. Update in Current Diagnostics and Therapeutics of Dry Eye Disease. *Ophthalmology.* 2017;124(11S): S27–S33. doi:10.1016/j.ophtha.2017.07.022.
36. Vincent SJ. The use of contact lenses in low vision rehabilitation: optical and therapeutic applications. *Clin Exp Optom.* 2017;100(5):513–521. doi:10.1111/cxo.12562.
37. Watson SL, Leung V. Interventions for recurrent corneal erosions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;7(7):CD001861. Published 2018 Jul 9. doi:10.1002/14651858.CD001861.pub4.
38. Zhu Q, Liu Y, Tighe S, et al. Retardation of Myopia Progression by Multifocal Soft Contact Lenses. *Int J Med Sci.* 2019;16(2):198–202. Published 2019 Jan 1. doi:10.7150/ijms.30118.

FUENTES

1. American Academy of Ophthalmology - Preferred Practice Pattern, Corneal Edema and Opacification. November 2018.
2. American Academy of Ophthalmology - Preferred Practice Pattern-Dry Eye Syndrome, 2019.
3. American Academy of Ophthalmology. Preferred Practice Pattern. Corneal Ectasia. November 2018.
4. American Optometric Association; Optometric Clinical Practice Guideline. Care of the Patient with Hyperopia and Care of the Patient with Myopia. Accessed August 30, 2019.
5. American Optometric Association; The Outlook for Contact Lenses. January 2019. Corneal E.
6. 2018.
7. American Optometric Association; Optometric Clinical Practice Guideline. Care of the Patient with Hyperopia and Care of the Patient with Myopia. Accessed August 30, 2019.
8. American Optometric Association; The Outlook for Contact Lenses. January 2019. Corneal Ectasia, 2019.