

## TARIFARIO OFTALMOLÓGICO

PAQUETES QUIRÚRGICOS DE ACUERDO A CONVENIO OFTALMOLÓGICO	COSTO	SEMEFA	COASEGURO
CAPSULOTOMÍA POSTERIOR (POR SESIÓN)	357.00	70%	30%
CHALAZIÓN	178.50	70%	30%
DACRIOCISTOSIRINGOTOMÍA	900.00	70%	30%
DACRIOCISTORRINOSTOMÍA	1,100.00	70%	30%
DESPRENDIMIENTO DE RETINA	2,000.00	70%	30%
ENUCLEACIÓN DEL GLOBO OCULAR	1,309.00	70%	30%
ESCLERECTOMÍA CON EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR	1,842.00	70%	30%
ESTRABISMO (UNILATERAL - BILATERAL)	800.00	70%	30%
EXCISIÓN GLÁNDULA LAGRIMAL, EXCISIÓN SACO LAGRIMAL	250.00	70%	30%
EXTRACCIÓN DE CATARATA	1,432.00	75%	25%
EXTRACCIÓN DE CATARATA CON FACO, CON IMPLANTE DE LIO	1,800.00	75%	25%
EXTRACCIÓN DE CATARATA SIN FACO, CON IMPLANTE DE LIO	1,700.00	75%	25%
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR CONJUNTIVAL O CORNEAL	250.00	70%	30%
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O INTRAOCULAR	714.00	70%	30%
FOTOCOAGULACIÓN SECTORIAL UNILATERAL (POR SESIÓN)	340.00	70%	30%
GLAUCOMA - IRIDECTOMÍA - GONIOTOMÍA	1,490.00	75%	25%
GLAUCOMA - TRABECULECTOMÍA - SLT	1,310.00	75%	25%
INYECCIÓN INTRAVITREA BEVACIZUMAB, PEGAPTANIB (AVASTÍN, MACUGEN)	1,100.00	75%	25%
IRIDOTOMÍA - IRIDOPLASTIA UNILATERAL (POR SESIÓN)	340.00	70%	30%
LAVADO Y SONDEO DEL TRACTO LAGRIMAL, CATETERIZACIÓN	80.00	70%	30%
NEUROTOMÍA DEL NERVIÓ ÓPTICO	800.00	70%	30%
PANFOTOCOAGULACIÓN RETINAL UNILATERAL (POR SESIÓN)	340.00	70%	30%
PTERIGIÓN / ECTOPRIÓN / ENTROPIÓN	750.00	70%	30%
QUERATOTOMÍA FOTOREFRACTIVA EXCIMER LÁSER (CADA OJO)	\$ 300	50%	50%
RETINA - RETINOPEXIA	1,290.00	70%	30%
SUTURA DE GLOBO OCULAR	700.00	70%	30%
SUTURA DE HERIDA CONJUNTIVAL O CORNEAL	500.00	70%	30%
TAPONAMIENTO DEL CONDUCTO LAGRIMAL	300.00	70%	30%
TERAPIA FOTODINÁMICA	\$ 1,200	50%	50%
TRABECULOPLASTIA UNILATERAL	500.00	70%	30%
TRANSPLANTE DE CORNEA	2,000.00	50%	50%
TRATAMIENTO DE RAYOS LÁSER ESCLERÓTICA Y RETINA	500.00	70%	30%
VITRECTOMÍA ANTERIOR	1,800.00	70%	30%
VITRECTOMÍA POSTERIOR	2,800.00	70%	30%

EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE ACUERDO A CONVENIO OFTALMOLÓGICO	COSTO	SEMEFA	COASEGRURO
ANGIO. RETIN. UNILATERAL	170.00	70%	30%
ANGIO. RETIN. BILATERAL	200.00	70%	30%
APLICACIÓN DE RAYOS BETA	49.25	70%	30%
CAMPIMETRÍA Y/O PERIMETRÍA COMPUTARIZADA	50.00	70%	30%
ECOBIMETRÍA UNILATERAL	50.00	70%	30%
ECOGRAFÍA OCULAR GEN SCAN A, B, A/B	50.00	70%	30%
FONDO DE OJO	50.00	70%	30%
FOTOCOAGULACIÓN CON RAYOS LÁSER ARGÓN POR SESIÓN	300.00	70%	30%
FOTODISRUCCIÓN CON YAG LÁSER (CAPSULOTOMÍA, IRIDOTOMÍA) POR SESIÓN	300.00	70%	30%
GONIOSCOPIÍA	59.10	70%	30%
MICROSCOPIÍA ESPECULAR	98.50	70%	30%
PAQUIMETRÍA ULTRASÓNICA 1 O 2	73.88	70%	30%
RETINOGRAFÍA	59.10	70%	30%
TOMOGRFÍA OCULAR	274.89	70%	30%

TODOS LOS PRECIOS INCLUYEN EL I.G.V.

LOS PAQUETES QUIRÚRGICOS Y LOS EXÁMENES ESPECIALIZADOS A TODO COSTO COMO SUS COASEGUROS QUE SON DIFERENCIADOS, SON LOS ÚNICOS RECONOCIDOS POR EL SEMEFA, LA DIFERENCIA POR ENCIMA DE ESTOS COSTOS LO ASUME EL BENEFICIARIO