



**CLINICA  
OFTALMOLOGICA  
PROVIDENCIA**



# ARANCELES

## VALORES PARTICULAR

	<b>Valor Particular</b>
Consulta Oftalmológica	\$ 45.000
Consulta Optométrica	\$ 30.000

<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS:</b>	<b>Valor Particular</b>
CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO	\$ 22.000
PERIMETRIA CINETICA O CAMPO VISUAL DE GOLDMANN	\$ 15.000
TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA (PENTACAM - ITRACE): + ORBSCAN	\$ 34.000
PAQUIMETRIA CORNEAL ULTRASONICA	\$ 16.000
ANGIOGRAFIA RETINAL SPECTRALIS CON FLUORESCENCIA	\$ 29.000
ANGIOGRAFIA OCULAR CON VERDE DE INDOCIANINA	\$ 180.000
RETINOGRAFIA	\$ 12.500
AUTOFLUORESCENCIA	\$ 16.000
BIOMETRÍA IOL MASTER / ECOBIOMETRIA CON CALCULO DE LENTE INTRAOCULAR	\$ 22.500
ECOGRAFIA B O ECOTOMOGRAFIA OCULAR BIDEMENCIONAL	\$ 15.000
ESTUDIO DE ESTRABISMO / EXPLORACION SENSORIOMOTOR de ESTRABISMO	\$ 12.500
TRATAMIENTO ORTOPTICO	\$ 10.000
TEST DE DIPLOSCOPIA	\$ 10.000
PRUEBA DE PROVOCAION	\$ 10.000
CURVA DE TENSION APLANATICA	\$ 12.500
MICROSCOPIA O TOMOGRAFIA ESPECULAR	\$ 17.000
OCT SPECTRALIS (TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA)	\$ 32.500
OCT CIRRU	\$ 32.500
OCT VISANTE	\$ 32.500
ABERROMETRIA	\$ 8.000
TEST DE SCHIRMER, CUANTIFICACION LAGRIMACION: AMBOS OJOS	\$ 4.000
PUPILOMETRIA	\$ 10.000
AUTOREFRACTOMETRIA (sin código)	\$ 3.500
TEST DE AVELINO (sin código)	\$ 75.000
TEST DE OSMORALIDAD (sin código)	\$ 14.000

**NOTA:** Todos los valores referidos en la sección procedimientos diagnósticos son por ojo.



<b>PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS:</b>	
	<b>Valor Particular</b>
Procedimiento SUPRACOR (Presbicia)	\$ 1.760.000
CATARATA (no contempla Lio)	\$ 1.648.000
GLAUCOMA (sin válvula)	\$ 1.680.000
CIRUGIAS REFRACTIVAS 100% LASER FEMTOSEGUNDO	\$ 1.484.000
CHALAZION	\$ 445.000
EXTIRPACION PTERIGION Y/O PINGUECULA con injerto mucosa y/o otras técnicas ej. Antimetabolitos.	\$ 670.000
PTERIGION MAS RECUBRIMIENTO	\$ 880.000
FOTOCOAGULACION Y/O FOTO DISRRUPCIÓN CON ARGÓN O YAG LASER O SIMILAR	\$ 440.000
INYECCIÓN de AVASTIN	\$ 230.000
CAPSULOTOMIAS E IRIDOTOMIA	\$ 440.000
ANILLOS INTRAESTROMALES	\$ 2.400.000
IMPLANTE LENTE FAQUICO ALTA MIOPIA: NORMAL Esta incluido el valor del lente fáquico indicado para el paciente e iridotomía si la técnica amerita en el monto total.	\$ 2.260.000
IMPLANTE LENTE FAQUICO ALTA MIOPIA: TORICO Esta incluido el valor del lente fáquico indicado para el paciente e iridotomía si la técnica amerita en el monto total.	\$ 2.485.000
FOTOTERAPÉUTICA DE CÓRNEA (CROSSLINKING Y/O LEUCOMAS)	\$ 1.484.000
PANFOTOCOAGULACION RETINOPATIA PROLIFERATIZA	\$ 600.000
OZURDEX	\$ 1.200.000
IRIDOTOMIA	\$ 440.000
DISCISION DE CAPSULA POSTERIOR	\$ 440.000
VITRECTOMIA	\$ 2.500.000
IMPLANTACION SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR	\$ 2.400.000
CATARATA + VITRECTOMIA	\$ 2.896.200

**NOTA:** Todos los valores referidos en la sección cirugías o procedimientos terapéuticos son por ojo.



**VALORES ARANCEL FONASA NIVEL 3 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS**

<b>Código Prestación</b>	<b>Prestación</b>		<b>Valor Bono</b>	<b>Copago Paciente</b>
01-01-001	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	\$	10.660	5.550
12-01-019	EXPLORACION VITREORRETINAL, AMBOS OJOS	\$	7.840	5.390
	TOTAL CONSULTA ( 01-01-001 + 12-01-019)	\$	18.500	10.940
12-01-027	EXAMEN OPTOMETRICO C/S PRESCRIPCION DE LENTES	\$	9.060	4.530
12-01-004	CURVA DE TENSION APLANATICA(PORCADADIA), C/OJO	\$	6.500	4.470
12-01-005	DIPLOSCOPIA CUANTITATIVA, AMBOS OJOS	\$	3.780	2.600
12-01-006	ELECTROMIOGRAFIA MUSCULOS OCULARES ADULTOS, C/OJO	\$	17.170	11.810
12-01-007	ELECTROMIOGRAFIA MUSCULOS OCULARES NIÑOS, C/OJO	\$	17.170	11.810
12-01-008	ELECTROOCULOGRAFIA, AMBOS OJOS	\$	12.860	8.840
12-01-009	EXPLORACION SENSORIOMOTORA:ESTRABISMO, ESTUDIO COMPLETO, AMBOS OJOS	\$	15.020	10.330
12-01-010	PERIMETRIA DE GOLDMAN O PERIMETRIA CINETICA, C/OJO	\$	12.860	8.840
12-01-011	PRUEBAS DE PROVOCACION PARA GLAUCOMA(PRUEBA DE OSCURIDAD U OTRAS), UNO O AMBOS OJOS	\$	8.050	5.540
12-01-012	RETINOGRAFIA, AMBOS OJOS	\$	9.650	6.640
12-01-013	TONOGRAFIA ELECTRONICA, C/OJO	\$	9.650	6.640
12-01-014	TONOMETRIA APLANATICA, C/OJO	\$	2.190	1.510
12-01-015	TRATAMIENTO ORTOPTICO Y/O PLEOPTICO(PORSESION),AMBOS OJOS	\$	4.860	3.340
12-01-016	ANGIOGRAFIA DE RETINA O DE IRIS, (CON FLUORESCINA O SIM.), C/OJO	\$	16.880	11.610
12-01-017	ANGIOSCOPIA RETINAL Y/O IRIS (CON FLUORESCINA O SIMILAR), C/OJO (PROC.AUT.)	\$	4.260	2.930
12-01-018	ELECTRORRETINOGRAFIA, C/OJO	\$	13.100	9.010
12-01-020	ECOBIMETRIA CON CALCULO DE LENTE INTRAOCULAR, AMBOS OJOS	\$	26.940	18.520
12-01-023	POTENCIAL VISUAL EVOCADO EN ADULTOS, AMBOS OJOS	\$	17.170	11.810
12-01-024	POTENCIAL VISUAL EVOCADO EN NIÑOS, AMBOS OJOS	\$	19.380	13.330
12-01-028	FLEBOGRAFIA ORBITARIA (A.C. 04-02-040)	\$	17.060	11.730
12-01-029	CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL Y/O CORNEAL EN ADULTOS	\$	10.210	7.020
12-01-030	CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL Y/O CORNEAL EN NIÑOS	\$	15.360	10.560
12-01-031	VIA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN ADULTOS	\$	15.360	10.560
12-01-032	VIA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN LACTANTES	\$	25.520	17.550
12-01-033	VIA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN NIÑOS	\$	20.350	13.990
12-01-034	TOCACION CORNEAL C/YODO Y/O ETER U OTROS, EN NIÑOS O ADULTOS	\$	7.310	5.030
12-01-035	CRIOCOAGULACION CONJUNTIVAL, CORNEAL O PALPEBRAL EN ADULTOS	\$	15.360	10.560
12-01-036	CRIOCOAGULACION CONJUNTIVAL, CORNEAL O PALPEBRAL EN NIÑOS	\$	17.060	11.730
12-01-037	GLAUCOMA, CICLODIATERMIA Y/O CICLOCRIOTERAPIA	\$	56.800	39.050
12-01-038	INYECCION RETROBULBAR	\$	10.210	7.020
12-01-039	PESTAÑAS, EXTIRP. POR ELECTROCOAGULACION (CUALQUIER NUMERO)	\$	17.060	11.730
12-01-040	PUNTOS LAGRIMALES; ELECTROTERMOCOAGULACION	\$	15.360	10.560
12-01-041	SONDAJE VIA LAGRIMAL EN NIÑOS (BAJO ANESTESIA GENERAL)	\$	77.010	52.950
12-01-042	CAMPIMETRIA COMPUTARIZADA, C/OJO	\$	19.730	13.570
12-01-043	TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA, C/OJO	\$	31.920	21.950
04-04-013	ECOTOMOGRAFIA OCULAR BIDIMENSIONAL, UNO O AMBOS OJOS.	\$	21.090	14.500



<b>Código Prestación</b>	<b>Prestación</b>		<b>Valor Bono</b>	<b>Copago Paciente</b>
12-02-001	INTUBACION	\$	79.660	54.770
12-02-002	PUNTOS LAGRIMALES, PLASTIA DE	\$	55.710	38.300
12-02-003	RECONSTITUCION DE CANALICULOS	\$	127.470	87.640
12-02-004	ABSCESO, VACIAMIENTO Y/O DRENAJE DE	\$	31.860	21.910
12-02-005	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	\$	195.520	134.420
12-02-006	EXTIRPACION DE	\$	106.130	72.970
12-02-007	RECONSTITUCION VIA LAGRIMAL EN AUSENCIA DEL SACO	\$	260.900	179.370
12-02-008	TUMOR DE GLANDULA LAGRIMAL, TRAT. QUIR. COMPLETO	\$	254.770	175.160
12-02-009	TUMOR MALIGNO DEL SACO, TRAT. QUIR. COMPLETO	\$	195.520	134.420
12-02-010	ABSCESO, TRAT. QUIR.	\$	31.860	21.910
12-02-011	BIOPSIA DE PARPADO Y/O ANEXOS (PROC. AUT.)	\$	46.450	31.940
12-02-012	BLEFAROCHALASIS, PLASTIA DE	\$	103.420	71.100
12-02-013	BLEFAROFIMOSIS, PLASTIA DE	\$	200.720	138.000
12-02-014	BLEFARORRAFIA CON BLEFAROTOMIA POSTERIOR	\$	55.710	38.300
12-02-015	CANTOPLASTIA	\$	79.660	54.770
12-02-016	CHALAZION Y OTROS TUMORES BENIGNOS (UNO O MAS EN EL MISMO OJO), TRAT. QUIR. COMPLETO	\$	61.970	42.610
12-02-017	COLOBOMA, PLASTIA DE	\$	165.520	113.800
12-02-018	ECTROPION, PLASTIA DE	\$	125.570	86.330
12-02-019	ENTROPION, PLASTIA DE	\$	125.570	86.330
12-02-020	EPICANTO, PLASTIA DE	\$	125.570	86.330
12-02-021	PTOSIS, TRAT. QUIR.	\$	203.470	139.890
12-02-022	QUISTE DERMOIDE DE LA COLA DE LA CEJA, RESEC. PLASTICA	\$	63.660	43.770
12-02-023	TUMOR MALIGNO, TRAT. QUIR. COMPLETO	\$	127.470	87.640
12-02-024	XANTELASMA, TRAT. QUIR.	\$	48.700	33.480
12-02-025	HERIDA O DEHISCENCIA, SUTURA DE (PROC.AUT.)	\$	103.420	71.100
12-02-026	PTERIGION Y/O PSEUDOPTERIGION O SU RECIDIVA , EXTIRPACION.	\$	118.220	81.280
12-02-027	SIMBLEFARON, RESECCION DE ADHERENCIAS Y PLASTIA DE	\$	104.350	71.740
12-02-028	TUMOR BENIGNO, EXTIRP. DE	\$	61.970	42.610
12-02-029	ABSCESO, TRAT. QUIR.	\$	57.540	39.560
12-02-030	CORRECCION DE CAVIDAD ANOFTALMICA TRAT. COMPLETO.	\$	241.540	166.060
12-02-031	CUERPO EXTRANO ORBITARIO (CON ORBITOTOMIA)	\$	245.900	169.060
12-02-032	EXANTERACION ORBITARIA O TUMOR ORBITARIO, TRAT. QUIRURGICO COMPLETO	\$	451.920	310.700
12-02-033	ORBITOTOMIA ANTERIOR	\$	123.840	85.140
12-02-034	ORBITOTOMIA LATERAL DESCOMPRESIVA	\$	191.100	131.380
12-02-035	BIOPSIA DE GLOBO OCULAR (PROC. AUT)	\$	95.550	65.690
12-02-036	ENUCLEACION O IMPLANTE DE PROTESIS OCULAR (PROC.AUT.)	\$	175.220	120.470
12-02-037	ENUCLEACION CON IMPLANTE	\$	238.860	164.220
12-02-039	EXANTERACION OCULAR (PROC. AUT.)	\$	175.220	120.470
12-02-041	CIRUGIA REFRACTIVA, QUERATOTOMIA RADIAL O SIMILAR CON BISTURI DE DIAMANTE	\$	159.390	109.580



Código Prestación	Prestación		Valor Bono	Copago Paciente
12-02-044	CUERPO EXTRANO, EXTRACCION QUIR. DE	\$	37.150	25.540
12-02-045	GLAUCOMA, TRAT. QUIR. POR CUALQUIER TECNICA	\$	245.900	169.060
12-02-046	HERIDA PENETRANTE CORNEAL O CORNEO-ESCLERAL O DEHISCENCIA DE SUTURA.	\$	159.280	109.510
12-02-047	QUERATECTOMIA LAMINAR	\$	159.280	109.510
12-02-048	QUERATOPLASTIA. INJERTO LAMELAR O PENETRANTE. TRAT. QUIR. COMPLETO.	\$	340.510	234.100
12-02-049	QUERATOPROTESIS, IMPLANTACION DE (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PROTESIS)	\$	371.410	255.350
12-02-050	RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL	\$	191.100	131.380
12-02-051	REHABILITACION SUPERFICIE OCULAR (CON INJERTO DE MUCOSA)	\$	191.100	131.380
12-02-053	IRIDECTOMIA PERIFERICA Y/U OPTICA, (PROC. AUT.)	\$	127.470	87.640
12-02-054	TUMOR, TRAT. QUIR.	\$	240.580	165.400
12-02-055	DESGARRO SIN DESPRENDIMIENTO, DIATERMO Y/O CRIO Y/O FOTO-COAGULACION	\$	127.470	87.640
12-02-056	DESPRENDIMIENTO RETINAL, CIRUGIA CONVENCIONAL (EXOIMPLANTES)	\$	331.680	228.030
12-02-057	RETINOPATIA PROLIFERATIVA, (DIABETICA, HIPERTENSIVA, EALES Y OTRAS) PANFOTOCOAGULACION (TRAT. COMPLETO)	\$	264.400	252.110
12-02-058	TUMOR, DIATERMO Y/O CRIO Y/O FOTOCOAGULACION DE	\$	127.470	87.640
12-02-059	VASCULOPATIA RETINAL (EXCEPTO RETINOPATIA PROLIFERATIVA) DIATERMO Y/O CRIO Y/O FOTOCOAGULACION	\$	155.710	107.050
12-02-060	VITRECTOMIA C/RETINOTOMIA (C/S INYECCION DE GAS O SILICONA)	\$	454.560	312.510
12-02-061	VITRECTOMIA CON INYECCION DE GAS O SILICONA	\$	373.200	256.580
12-02-062	VITRECTOMIA CON VITREOFAGO (PROC. AUT)	\$	327.280	225.010
12-02-063	FACOERESIS INTRACAPSULAR O CATARATA SECUNDARIA O DISCISION Y ASPIRACION DE MASAS	\$	257.380	176.950
12-02-064	FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PROTESIS)	\$	398.030	273.650
12-02-065	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRAOCULAR	\$	471.500	287.030
12-02-066	ASPIRACION ESFERULAR C/S CAPSULOTOMIA	\$	127.650	87.760
12-02-067	DISCISION DE CAPSULA POSTERIOR	\$	139.730	127.440
12-02-068	IRIDOTOMIA	\$	139.730	127.440
12-02-069	TRABECULOPLASTIA O IRIDOPLASTIA	\$	139.730	127.440
12-02-070	SINEQUIOTOMIA (PROC. AUT.)	\$	132.280	106.130
12-02-071	HERIDA O DEHISCENCIA DE SUTURA DE PARPADO, REPARACION.	\$	83.290	76.540
12-02-072	** RECONSTRUCCION DE PISO ORBITARIO.	\$	223.120	127.512
12-02-073	OPERACION TRIPLE (INJERTO, FACOERESIS E IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR) (NO INCLUYE VALOR DE LA PROTESIS).	\$	810.890	451.790
12-02-074	HERNIA DE IRIS Y/O FISTULAS, REPARACION DE.	\$	211.270	127.470
12-02-075	RETINOPEXIA NEUMATICA.	\$	380.550	265.440
12-02-076	EXTRACCION O CORRECCION DE DESPLAZAMIENTO DE LENTE	\$	369.490	244.100
12-02-077	DESPRENDIMIENTO COROIDEO O HEMORRAGIA COROIDEA, TRAT. QUIR.	\$	200.550	127.470
12-02-078	CIRUGIA FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPEUTICA DE CORNEA, CUALQUIER TECNICA	\$	573.850	555.420

Aquellas prestaciones que requieran del uso de recintos especiales para su ejecución, tales como Quirófanos o Sala de Procedimientos, se señalan con un Código Adicional al Código propio de la prestación (1 al 14).

Los valores correspondientes a dichos códigos adicionales son los que a continuación se detallan:

CÓDIGO ADICIONAL	VALOR (\$)	CÓDIGO ADICIONAL	VALOR (\$)
1	4.440	8	52.250
2	6.000	9	70.690
3	6.750	10	86.050
4	12.290	11	104.960
5	18.430	12	129.370
6	26.150	13	150.780
7	36.870	14	169.070

**NOTA:** Los valores de procedimientos quirúrgicos o terapéuticos son referenciales, sólo contempla el arancel de fonasa Nivel 3, no incluye cobertura de pabellón ni diferencias a pagar a Clínica Oftalmológica Providencia.



CLINICA  
OFTALMOLOGICA  
PROVIDENCIA

