費用について

選定療養レンズ代金

（保険診療分の診療費・検査費・手術費・薬代は別途必要となります）

多焦点眼内レンズ（乱視補正　不要）	330,000 円（税込）/片眼
多焦点眼内レンズ（乱視補正　必要）	350,000 円（税込）/片眼

※多焦点眼内レンズの治療費は、所得税の医療費控除が受けられます。

No.1120　医療費を支払ったとき（医療費控除）｜国税庁

アップニークミニ点眼(軽度の眼瞼下垂に対する点眼加療)

治療スケジュール	費用（税込）
初回	診察・検査費用（3,300 円）＋点眼薬費用（4,890 円/30 本・箱） 検査項目：点眼テスト
2 回目以降 （初回から 1 ヶ月後）	診察・検査費用（1,100 円）＋点眼薬費用（4,890 円/30 本・箱） x 1〜3 箱

※検査・薬剤費用はすべて自由診療（公的医療保険の対象外）

※点眼テストの結果効果のある方に処方致します