

REMBOURSEMENT DE LUCENTIS® DANS LA DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE (RAPPORT CIRCONSTANCIÉ)

(§ 4350000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)



Flacon

← Merci d'indiquer votre choix →

Seringue pré-remplie



I. Identification du bénéficiaire :

(étiquette mutuelle)

Nom :

Prénom :

Numéro d'affiliation :

Je soussigné, Docteur en Médecine, ophtalmologue et spécialisé dans le diagnostic, le traitement, le suivi de patients atteints de dégénérescence maculaire liée à l'âge, et ayant l'expérience des injections intravitréennes, déclare que le patient satisfait simultanément aux conditions ci-dessous :

Le patient est atteint de la forme choroïdienne rétrofovéolaire néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

œil/yeux atteint(s) œil gauche œil droit

Le diagnostic est basé sur :

- Néovaisseaux à un stade actif; leur diffusion est démontrée à l'aide d'une angiographie à la fluorescéine
- Œdème rétinien démontré par soit l'angiographie fluorescéinique stéréoscopique, soit la Tomographie en Cohérence Optique (OCT) ou un système analogue
- Fibrose restreinte

Le traitement par Lucentis® ne sera plus remboursable si la vision se détériore et tombe sous 20/200.

Le nombre de conditionnements remboursables est limité à **maximum 18** par œil, sur une période de **3 ans**. La durée de traitement remboursé cumulée par Lucentis® et Eylea® est limitée à 3 ans par œil. Le remboursement simultané de Lucentis®, Eylea®, Visudyne® n'est jamais autorisé.

L'ophtalmologue rédige un rapport circonstancié prouvant que le patient satisfait à toutes les conditions du présent paragraphe. Ce rapport doit être tenu à la disposition du médecin conseil.

II. Identification du médecin-spécialiste en ophtalmologie

(cachet)

Nom et prénom :

Numéro INAMI :

Date :/...../.....

Signature du Médecin :

BE1406220883 - 23/6/2014

AANVRAAGFORMULIER VOOR DE TERUGBETALING VAN LUCENTIS® BIJ LEEFTIJDGEBONDEN MACULADEGENERATIE (OMSTANDIG VERSLAG)

(§ 4350000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)



Flacon

← Gelieve uw keuze aan te duiden →

Voorgevulde spuit



I. Identificatie van de rechthebbende :

(klever mutualiteit)

Naam :

Voornaam :

Inschrijvingsnummer :

Ik ondergetekende, geneesheer, oftalmoloog met specifieke ervaring in de diagnose, de behandeling en de opvolging van patiënten lijdend aan leeftijdsgebonden maculadegeneratie, met ervaring in intravitreale injecties, verklaar dat de patiënt aan onderstaande criteria voldoet :

De patiënt lijdt aan subfoveale choroïdale neovasculaire (natte) leeftijdsgebonden maculadegeneratie (LMD)

aangetast(e) oog/ogen

linkeroog

rechteroog

De diagnose is gebaseerd op :

- Nieuwvaatvorming in een actief stadium; de lekkage is aangetoond met behulp van fluorescentie angiografie
- Netvliesoedeem aangetoond met behulp van hetzij stereoscopische fluorescentie angiografie, hetzij Optical Coherence Tomografie (OCT) of vergelijkbaar systeem
- Beperkte fibrosis

De behandeling kan niet vergoed worden indien de visus minder wordt dan 20/200.

Het aantal vergoedbare verpakkingen wordt, per oog, beperkt tot **maximum 18** binnen een periode van **3 jaar** voor hetzelfde oog. De cumulatieve duur van de terugbetaalde behandeling door Lucentis® en Eylea® is beperkt tot 3 jaar per oog. De gelijktijdige vergoeding van Lucentis®, Eylea® en Visudyne® is nooit toegestaan.

De oftalmoloog stelt een omstandig verslag op waarin wordt aangetoond dat de patiënt aan alle criteria van deze paragraaf voldoet. Dit rapport moet ter beschikking gehouden worden van de adviserend geneesheer.

II. Identificatie van de geneesheer- gespecialiseerd in oftalmologie

(stempel)

Naam en voornaam :

RIZIV nummer :

Datum :/...../.....

Handtekening van de geneesheer :

BE1406220883 - 23/6/2014