

REMBOURSEMENT DE LUCENTIS® DANS L'ŒDÈME MACULAIRE DIABÉTIQUE (RAPPORT CIRCONSTANCIÉ)

(§ 6910000 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 et le suivi de patients souffrant d'œdème maculaire diabétique, et ayant l'expérience des injections intravitréennes, déclare que le patient satisfait simultanément aux conditions ci-dessous :

Le patient est atteint d'un œdème maculaire diabétique

œil/yeux atteint(s)

œil gauche

œil droit

- Patient atteint d'un diabète de type I ou II, suffisamment contrôlé ($\text{HbA1c} < 8\%$)
- Tension artérielle et taux de lipides sanguins suffisamment contrôlés
- Présence d'un œdème central de la rétine avec épaisseur centrale $\geq 300 \mu\text{m}$
- Score de meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) < 73 lettres ($< 20/63$ ou $< 0,32$)
- Diagnostic basé sur la présence d'un œdème maculaire central objectivé par angiographie fluorescéinique et/ou tomographie en cohérence optique (OCT)

Le traitement par Lucentis® ne sera pas poursuivi en cas de détérioration de la vision sous 20/200. Le traitement par Lucentis® sera interrompu en cas de stabilisation de la vision (mesurée par le score MAVC) lors de 3 contrôles consécutifs à 1 mois d'intervalle minimum.

Le nombre de conditionnements remboursables est limité, par œil, à un **maximum de 18**. Le remboursement n'est pas autorisé au-delà de **3 ans** pour le même œil.

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 :

TERUGBETALING VAN LUCENTIS® BIJ DIABETISCH MACULA-OEDEEM (OMSTANDIG VERSLAG)

(§ 6910000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)



Flacon

← Gelieve uw keuze aan te duiden →

Vorgevulde 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 diabetisch macula-oedeem, met ervaring in intravitreale injecties, verklaar dat de patiënt aan onderstaande criteria voldoet :

De patiënt lijdt aan diabetisch macula-oedeem

aangetast(e) oog/ogen

linkeroog

rechteroog

- Lijdend aan diabetes type I of II, voldoende gecontroleerd ($HbA1c < 8\%$)
- Voldoende gecontroleerde bloeddruk en lipiden-bloedspiegel
- Aanwezigheid van centraal macula-oedeem met centrale retinadikte $\geq 300 \mu m$
- Best Corrected Visual Acuity-score (BCVA) < 73 letters ($< 20/63$ of $< 0,32$)
- De diagnose dient gebaseerd te zijn op het aantonen van de aanwezigheid van centraal macula-oedeem via fluorescentie angiografie en/of optische coherentie tomografie (OCT).

De behandeling met Lucentis® zal niet voortgezet worden in geval van visusverslechtering met een BCVA score $< 20/200$. De behandeling met Lucentis® zal gestopt worden indien de visus (gemeten via de BCVA score) stabiel blijft bij 3 opeenvolgende controles met een interval van minimum één maand.

Het aantal vergoedbare verpakkingen wordt, per oog, beperkt tot **maximum 18**. De vergoeding wordt niet langer dan **3 jaar** toegestaan voor hetzelfde oog.

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 :