

Formulier voor de vergoedingsaanvraag van EYLEA®
(op basis van § 6590000 van hoofdstuk IV van het M.B. van 20 juni 2013)

I. Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer) :

of klevet

II. Elementen geattesteerd door de geneesheer-specialist in oftalmologie en gespecialiseerd in de diagnose, de behandeling en de opvolging van patiënten lijdend aan leeftijdsgebonden maculaire degeneratie:

Ondertekende verklaart dat de patiënt voldoet aan onderstaande voorwaarden :

de patiënt lijdt aan subfoveale choroïdale neovasculaire (natte) leeftijdsgebonden maculaire degeneratie (LMD).

de intravitreale injectie wordt uitgevoerd door een oftalmoloog met ervaring in intravitreale injecties.

De behandeling is voorzien voor het: linkeroog rechteroog

De diagnose is gebaseerd op :

nieuwvaatvorming in een actief stadium; de lekkage moet aangetoond worden met behulp van fluorescentieangiografie

netvliesoedeem aangetoond met behulp van hetzij stereoscopische fluorescentieangiografie, hetzij Optical Coherence Tomografie (OCT) of vergelijkbaar systeem

beperkte fibrosis

De behandeling zal niet meer vergoed worden als de visus verslecht en onder 20/200 valt.

De cumulatieve duur van de terugbetaalde behandeling door Eylea® en Lucentis® zal beperkt zijn tot 3 jaar per oog en de gelijktijdige vergoeding van Eylea®, Lucentis®, Macugen® en Visudyne® zal nooit toegestaan zijn.

Ik verbind me ertoe om de bewijsstukken te bewaren in het medisch dossier van de patiënt.

III. Aanvraag

De patiënt kreeg voor dit oog reeds Lucentis® (initiële datum: / / ;
aantal injecties, gekregen en vergoed:).

Ik vraag voor deze patiënt de vergoeding van Eylea® aan voor verpakkingen.

De patiënt kreeg voor dit oog nog geen andere behandeling.

Ik vraag voor deze patiënt de vergoeding van Eylea® aan voor een periode van 3 jaar en maximum 17 verpakkingen per oog.

IV. Identificatie van de geneesheer-specialist in oftalmologie:

Naam

Stempel en handtekening

Voornaam

RIZIV n° - - -

Datum / /