

**REMBOURSEMENT DE LUCENTIS®  
DANS LA FORME CHOROÏDIENNE NÉOVASCULAIRE  
DE LA MYOPIE PATHOLOGIQUE  
(RAPPORT CIRCONSTANCIÉ)**

(§ 6930000 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 atteints de la forme choroïdienne néovasculaire de myopie pathologique, 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 néovasculaire de la myopie pathologique

œil/yeux atteint(s)       œil gauche       œil droit

Le diagnostic est basé sur :

- Élongation anormale du globe oculaire (longueur axiale > 26 mm)
- Erreur réfractive  $\geq -6$  dioptries
- Présence de lésions caractéristiques de la myopie pathologique au fond d'œil (telles que taches de Fuchs ou lacquer cracks)
- Néovascularisations actives choroïdiennes rétrofovéolaires et juxtafovéolaires
- Acuité visuelle  $\leq 20/32$  ( $\leq 0,625$ )
- 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 et score MAVC <20/200 (0,1) au cours du traitement.

Le nombre de conditionnements remboursables est limité, par œil, à un **maximum de 8**. Le remboursement n'est pas autorisé au-delà de **3 ans** pour le même œil.

Le remboursement simultané de Lucentis® & Visudyne® n'est pas 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

# TERUGBETALING VAN LUCENTIS® BIJ CHOROÏDALE NEOVASCULAIRE PATHOLOGISCHE MYOPIE (OMSTANDIG VERSLAG)

(§ 6930000 van het 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 choroïdale neovasculaire pathologische myopie, met ervaring in intravitreale injecties, verklaar dat de patiënt aan onderstaande criteria voldoet :

De patiënt lijdt aan choroïdale neovasculaire pathologische myopie

aangetast(e) oog/ogen  linkeroog  rechteroog

De diagnose is gebaseerd op :

- Abnormale verlenging van de oogbol (axiale lengte > 26 mm)
- Refractieve fout  $\geq -6$  dioptries
- Aanwezigheid van fundusletsels karakteristiek voor pathologische myopie (zoals Fuchs spots of lacquer cracks)
- Actieve choroïdale subfoveale en juxtafoveale nieuwvaatvormingen
- Gezichtsvermogen  $\leq 20/32$  ( $\leq 0,625$ )
- 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 (0,1) tijdens de behandeling.

Het aantal vergoedbare verpakkingen wordt, per oog, beperkt tot **maximum 8**. De vergoeding wordt niet langer dan **3 jaar** toegestaan voor hetzelfde oog.

De gelijktijdige vergoeding van Lucentis® en Visudyne® is niet 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