

**REMBOURSEMENT DE LUCENTIS®
DANS L'ŒDÈME MACULAIRE CONSÉCUTIF À
UNE OCCLUSION DE LA BRANCHE VEINEUSE RÉTINIENNE
(RAPPORT CIRCONSTANCIÉ)**

(§ 6920000 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 d'œdème maculaire consécutif à une Occlusion de Branche Veineuse Rétinienne (OBVR), et ayant l'expérience des injections intravitréennes, déclare que le patient satisfait simultanément aux conditions ci-dessous :

Le patient est atteint d'œdème maculaire consécutif à une Occlusion de Branche Veineuse Rétinienne

œil/yeux atteint(s) œil gauche œil droit

Le diagnostic est basé sur :

- Diagnostic confirmé d'une OBVR: présence d'hémorragies rétiniennes et/ou système veineux dilaté, à la biomicroscopie
- Œdème maculaire cliniquement significatif démontré par tomographie en cohérence optique (OCT) et/ou angiographie à la fluorescéine
- Une diminution démontrée de la vision ($\leq 20/40$ ou $\leq 0,5$) due à l'œdème maculaire secondaire à l'OBVR

Le remboursement de Lucentis® sera initialement autorisé chez les patients adultes présentant un œdème maculaire suite à une OBVR et pour qui **un traitement par photocoagulation au laser n'est pas approprié ou pas efficace.**

Le traitement par Lucentis® ne sera pas poursuivi en cas de détérioration de la vision et score MAVC sous 20/200 au cours du traitement.

Le nombre de conditionnements remboursables est limité, par œil, à **un maximum de 15**. Le remboursement n'est pas autorisé au-delà de **2 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
MACULA-OEDEEM SECUNDAIR
AAN EEN RETINALE VENEUZE TAKOCCLUSIE
(OMSTANDIG VERSLAG)**

(§ 6920000 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 macula-oedeem secundair aan een retinale veneuze takocclusie, met ervaring in intravitreale injecties, verklaar dat de patiënt aan onderstaande criteria voldoet :

De patiënt lijdt aan macula-oedeem ten gevolge van een retinale veneuze takocclusie

aangetast(e) oog/ogen linkeroog rechteroog

De diagnose is gebaseerd op :

- Bewezen diagnose van BRVO : aanwezigheid van retinale bloedingen en/of gedilateerd veneus systeem bij biomicroscopisch onderzoek
- Klinisch significant macula-oedeem aangetoond met behulp van optische coherentie tomografie (OCT) en/of fluorescentie angiografie
- Bewezen verminderd gezichtsvermogen ($\leq 20/40$ of $\leq 0,5$) ten gevolge van macula-oedeem secundair aan BRVO

De vergoeding van Lucentis® zal initieel worden toegestaan voor behandeling van volwassen patiënten met macula-oedeem na BRVO, **en waarvoor behandeling met laser fotocoagulatie niet aangewezen is of onvoldoende effectief is.**

De behandeling met Lucentis® zal niet voortgezet worden in geval van visusverslechtering met een BCVA score $< 20/200$.

Het aantal vergoedbare verpakkingen wordt, per oog, beperkt tot **maximum 15**. De vergoeding wordt niet langer dan **2 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 :

BE1406220883 - 23/6/2014