

BYOOVIZ® (Ranibizumab)

Demande de prise en charge des coûts à l'attention du médecin-conseil

Demande de prise en charge des coûts pour le traitement simultané des deux yeux

Limitatio voir LS

Données du patient / de la patiente:

Nom:

Prénom:

Né(e) le:

Sexe:

 ♀ ♂

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Assurance-maladie:

Numéro d'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC):

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Données médicales:

- Par la présente l'ophtalmologiste qualifié(e) d'une clinique/d'un centre ci-dessous confirme le diagnostic pour le/la patiente nommé(e) ci-dessus:
- Dégénérescence maculaire liée à l'âge exsudative (dite humide) DMLA
- Perte de vision due à un œdème maculaire diabétique (OMD)
- Perte de vision due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de veine rétinienne (occlusion de branche veineuse rétinienne OBVR et occlusion de la veine centrale de la rétine OVCR)
- Perte de vision due une novascularisation chorodienne (NVC) conscutive une myopie pathologique (MP)
- Pour toutes les indications: traitement simultané des deux yeux chez le/la patient(e)

Date du diagnostic du premier œil:

Date du diagnostic du deuxième œil:

Ophtalmologiste qualifié(e) d'une clinique/d'un centre A, B et C confirmant le diagnostic:

Nom:

Prénom:

Tél. direct:

E-mail:

A. En traitement dans une clinique/centre (dans laquelle/lequel l'ophtalmologiste confirmant le diagnostic travaille):

Nom de la clinique/du centre:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

- Il s'agit d'une clinique/d'un **centre A, B ou C** (conformément à la liste des centres de formation continue de la FMH, (<http://www.siwf-register.ch>))

B. Traitement chez un ophtalmologiste en cabinet:

- Traitement** chez un ophtalmologiste en cabinet. La clinique ci-dessus assure le premier examen ou confirme le diagnostic (condition conformément à la limitation).

Coordonnées de l'ophtalmologiste:

Nom, Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA, Lieu:

E-mail.:

Tél.:

Remarques/Compléments:

Date: