

**BIJLAGE B : Model van formulier dat de ziekenhuisapotheker ter beschikking houdt van de adviserend geneesheer:**

Formulier dat de ziekenhuisapotheker ter beschikking houdt van de adviserend geneesheer, volledig ingevuld, voorafgaand aan de facturatie van de specialiteit MENOPUR ingeschreven in § 3850300 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001, volgens de bepalingen van punt 1. of 2. van deze paragraaf

**I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer) :**

**II – Te attesteren elementen door een geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde verantwoordelijk voor de behandeling :**

Ik ondergetekende, arts, geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde, verbonden aan of aangesloten bij een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B, verklaar dat de hierboven vermelde patiënte jonger is dan 43 jaar en zich bevindt in de volgende situatie:

deze patiënte dient behandeld te worden voor de stimulatie van de follikelgroei en vertoont een hypo- of normogonadotrope ovariële insufficiëntie met als gevolg anovulatie of een onvoldoende follikelrijping met luteale insufficiëntie als gevolg. Ik verklaar dat een voorafgaande behandeling met clomifeencitraat inefficiënt was, hetzij omwille van anovulatie opgetreden binnen de 10 dagen na het einde van 5 dagen behandeling met clomifeencitraat aan een dagdosis van 150 mg, hetzij, omwille van uitblijven van zwangerschap, na ovulaties verkregen door clomifeencitraatbehandeling, en dit na minstens 6 behandelde menstruele cycli.

Ik ben ervan op de hoogte dat, in deze situatie, de terugbetaling van zulke behandeling met gonadotrofines beperkt is tot een maximum van 6 behandelingscycli voor éénzelfde patiënte.

deze patiënte dient behandeld te worden met intra-uteriene inseminatie. Ik verklaar dat, voorafgaandelijk, een behandeling met clomifeencitraat gedurende minstens 6 menstruele cycli geen resultaat had. Ik verklaar eveneens dat het gaat om een onverklaarde vrouwelijke infertiliteit, een beperkte endometriose, of een gedocumenteerde mannelijke matige subfertiliteit.

Ik ben op de hoogte dat, in deze situatie, de terugbetaling van zulke behandeling met gonadotrofines beperkt is tot een maximum van 6 behandelingscycli voor éénzelfde patiënte.

Ik verklaar dat de datum waarop de toelating werd verleend voor deze 6 cycli met MENOPUR (bijlage D van § 3850300) aan de hoger vermelde patiënte op basis van punten 1. of 2. van § 3850300, de volgende is: ..... (datum van toelating te vermelden). Ik verklaar de toelating te hebben vervolledigd door de betreffende cyclus te vermelden waarop de huidige facturatie betrekking heeft.

Ik vervolledig de tabel hieronder door te vermelden op welke van de 6 cycli met vergoeding van de specialiteit MENOPUR het aantal FSH eenheden slaat waarop de huidige maandelijkse facturatie betrekking heeft:

Betrokken cyclus	Datum van begin van de behandeling	Aantal toegediende FSH eenheden (IE), met een maximum van 1200 IE per cyclus
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Ik verbind me ertoe de bewijsstukken voor de adviserend geneesheer ter beschikking te houden die de geattesteerde situatie van deze patiënte aantonen.

Op basis van al de hoger vermelde elementen, verklaar ik dat deze rechthebbende de terugbetaling van de specialiteit MENOPUR dient te krijgen voor het aantal eenheden FSH zoals hierboven vermeld.

**III– Identificatie van de geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde (naam, voornaam, adres, RIZIV N°) :**

1-        - -  
/ /

(naam)  
(voornaam)  
(RIZIV N°)  
(datum)



(STEMPEL)

.....

(HANDTEKENING VAN DE ARTS)

**BIJLAGE C : Model van het aanvraagformulier voor het leveren aan de rechthebbende van een follow-up tabel voor 6 cycli van behandeling op basis van punten 1. of 2.**

Formulier af te geven aan de adviserend geneesheer voor het leveren aan de rechthebbende van een follow-up tabel voor 6 behandelingscycli met de specialiteit MENOPUR, vergoedbaar op basis van de modaliteiten vermeld in punt 1. of 2. van de § 3850300 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001.

**I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer) :**

**II – Te attesteren elementen door een geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde verantwoordelijk voor de behandeling :**

Ik ondergetekende, arts, geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde, verbonden aan of aangesloten bij een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B, verklaar dat de hierboven vermelde patiënte jonger is dan 43 jaar en zich bevindt in de volgende situatie:

(punt 1. van de § 3850300) deze patiënte dient behandeld te worden voor de stimulatie van de follikelgroei en vertoont een hypo- of normogonadotrope ovariële insufficiëntie met als gevolg anovulatie of een onvoldoende follikelrijping met luteale insufficiëntie als gevolg. Ik verklaar dat een voorafgaande behandeling met clomifeencitraat inefficiënt was, hetzij omwille van anovulatie opgetreden binnen de 10 dagen na het einde van 5 dagen behandeling met clomifeencitraat aan een dagdosis van 150 mg, hetzij, na ovulaties verkregen door clomifeencitraatbehandeling, omwille van uitblijven van zwangerschap, en dit na minstens 6 behandelde menstruele cycli.

Ik ben ervan op de hoogte dat, in deze situatie, de terugbetaling van zulke behandeling met gonadotrofines beperkt is tot een maximum van 6 cycli voor éénzelfde patiënte.

(punt 2. van de § 3850300) deze patiënte dient behandeld te worden met intra-uteriene inseminatie. Ik verklaar dat, voorafgaandelijk, een behandeling met clomifeencitraat gedurende minstens 6 menstruele cycli geen resultaat had. Ik verklaar eveneens dat het gaat om een onverklaarde vrouwelijke infertiliteit, een beperkte endometriose, of een gedocumenteerde mannelijke matige subfertiliteit.

Ik ben ervan op de hoogte dat, in deze situatie, de terugbetaling van zulke behandeling met gonadotrofines beperkt is tot een maximum van 6 cycli voor éénzelfde patiënte.

Ik verbind me ertoe de bewijsstukken voor de adviserend geneesheer ter beschikking te houden die de geattesteerde situatie van deze patiënte aantonen.

**Ik weet dat, in deze situatie, de terugbetaling van zo'n behandeling met de specialiteit MENOPUR beperkt is tot een maximum van 6 behandelde cycli per rechthebbende maar, voor zover ik weet, heeft deze patiënte nog geen follow-up tabel van de 6 cycli van behandeling gekregen, waarvoor de specialiteit MENOPUR op basis van punten 1. of 2. van de § 3850300 vergoedbaar is. Daardoor vraag ik aan mijn vakgenoot adviserend geneesheer een follow-up tabel aan mijn patiënten te leveren, waarvan het model zich in bijlage D van de § 3850300 bevindt.**

**III – Identificatie van de geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde (naam, voornaam, adres, RIZIV N°) :**

(naam)

(voornaam)

(RIZIV N°)

(datum)

1-        - -  
/        /



(STEMPEL)

.....

(HANDTEKENING VAN DE ARTS)

**BIJLAGE D : Model van de follow-up tabel voor 6 vergoedbare behandelingscycli op basis van punten 1. of 2.**

Formulier af te leveren aan de rechthebbende, dat de follow-up tabel weergeeft voor 6 vergoedbare behandelingscycli met de specialiteit MENOPUR, op basis van de modaliteiten vermeld in punt 1. of 2. van de § 3850300 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001.

Verzekeringsinstelling :

Benaming en nummer van de mutualiteit : .....

Adres : .....

**I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, adres, aansluitingsnummer) :**

Adres : .....

Het huidige document is een follow-up tabel van de 6 behandelingscycli met de specialiteit MENOPUR, vergoedbaar op basis van de punten 1. of 2. van de § 3850300 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001.

Het huidige document moet door de rechthebbende bewaard worden.

Zonder afbreuk te doen aan de bepalingen van bovenvermeld paragraaf, moet het huidige document ingevuld, gedateerd en ondertekend worden door een geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde, verbonden aan of aangesloten bij een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B, die de betrokken lopende cyclus met de specialiteit MENOPUR zo vermeldt, zodra de toediening van deze specialiteit is begonnen.

Toegestane cyclus	Datum van aanvang van de behandeling	Stempel van de geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde, verbonden aan of aangesloten bij een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B	Datum en handtekening
1	/ / .		/ / . .....
2	/ / .		/ / . .....
3	/ / .		/ / . .....
4	/ / .		/ / . .....
5	/ / .		/ / . .....
6	/ / .		/ / . .....

**II – Identificatie van de adviserend geneesheer :**

Datum : / / . (Handtekening en stempel )
---