



**IV– Eléments à attester, à dater et à signer par le pharmacien hospitalier préalablement à la facturation :**

Je soussigné, pharmacien hospitalier, attaché à un hôpital disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B, atteste que le nombre total de conditionnements remboursables pour l'ensemble des cycles FIV de cet hôpital ne dépassera pas, par période indivisible de 12 mois à partir de la date d'entrée en vigueur du présent paragraphe 1630200, le nombre total de conditionnements que représenterait un remboursement qui serait limité à une quantité moyenne de 2.500 UI de FSH par cycle FIV concerné.

/ /

(nom)  
(prénom)  
(Date)

(SIGNATURE DU PHARMACIEN)