

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, 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.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(nom)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(prénom)

XX / XX / XXXX

(date)

(SIGNATURE DU PHARMACIEN)

ANNEXE B : Modèle du formulaire à conserver à la disposition du médecin conseil par le pharmacien hospitalier :

Formulaire à conserver à la disposition du médecin conseil par le pharmacien hospitalier, entièrement complété préalablement à la facturation de la spécialité MENOPUR inscrite au § 3850300 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, selon les modalités visées au point 1. ou 2. de ce paragraphe

I – Identification de la bénéficiaire (nom, prénom, N° d’affiliation) :

.....

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique responsable du traitement :

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, attaché à ou affilié à un hôpital disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B, certifie que la patiente mentionnée ci-dessus est âgée de moins de 43 ans et se trouve dans la situation suivante :

cette patiente doit recevoir un traitement pour une stimulation du développement folliculaire, et présente une insuffisance ovarienne hypo- ou normo-gonadotrophique, ayant pour conséquence une anovulation, ou une maturation insuffisante du follicule entraînant une insuffisance lutéinique. J'atteste qu'un traitement préalable par le citrate de clomifène s'est montré inefficace, soit par une absence d'ovulation dans les 10 jours après la fin d'un traitement de 5 jours avec le citrate de clomifène administré à la dose de 150 mg par jour, soit, en cas d'ovulations obtenues par l'administration de citrate de clomifène, par une absence de grossesse après au moins 6 cycles menstruels traités. Je sais que dans cette situation, le remboursement d'un tel traitement par gonadotrophines est limité à un maximum de 6 cycles traités par bénéficiaire.

cette patiente doit recevoir un traitement par insémination intra-utérine. J'atteste une inefficacité démontrée du citrate de clomifène utilisé au préalable pendant au moins 6 cycles menstruels. J'atteste également qu'il s'agit d'un cas documenté d'infertilité inexplicée de la femme, d'endométriase modérée, ou d'un cas documenté de sub-fertilité modérée masculine. Je sais que dans cette situation, le remboursement d'un tel traitement par gonadotrophines est limité à un maximum de 6 cycles traités par bénéficiaire.

Je déclare que la date à laquelle l'autorisation (annexe D du § 3850300) pour ces 6 cycles à traiter par la spécialité MENOPUR a été accordée à la patiente susmentionnée, selon les dispositions des points 1. ou 2. du § 3850300, est la suivante : (mentionner la date d'autorisation). J'atteste avoir complété cette autorisation pour y mentionner le cycle concerné par la présente facturation.

Je complète le tableau ci-dessous en mentionnant auquel des 6 cycles avec remboursement de la spécialité MENOPUR se rapporte le nombre d'unités de FSH qui est concerné par la présente facturation mensuelle :

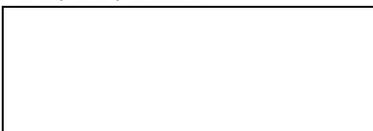
Cycle concerné	Date de début du traitement	Nombre d'unités FSH administrées (UI), avec un maximum de 1200 UI de FSH par cycle
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve démontrant que la bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

Sur base de tous les éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que cette bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité MENOPUR pour le nombre d'unités de FSH mentionné ci-dessus.

III– Identification du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

..... (nom)
..... (prénom)
1-..... (N° INAMI)
.. / .. / .. (date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE
MEDECIN)

DU

ANNEXE D : Modèle de tableau de suivi des 6 cycles de traitement remboursables sur base des points 1. ou 2. :

Formulaire à faire parvenir au bénéficiaire, reprenant un tableau de suivi des 6 cycles de traitement remboursables avec la spécialité MENOPUR, selon les modalités visées au point 1. ou 2. du § 3850300 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

Organisme Assureur :

Dénomination et numéro de la mutualité :

Adresse :

I - Identification de la bénéficiaire (nom, prénom, adresse, N° d'affiliation) :

.....

Adresse :

Le présent document est un tableau de suivi des 6 cycles de traitement avec la spécialité MENOPUR, qui sont remboursables sur base des points 1. ou 2. du § 3850300 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Le présent document doit être conservé par la bénéficiaire.

Sans préjudice des dispositions du paragraphe susmentionné, le présent document doit être complété, daté et signé par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, attaché à ou affilié à un hôpital disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B, qui mentionne ainsi le cycle concerné par le traitement en cours avec la spécialité MENOPUR, dès que l'administration de cette spécialité a été initiée.

Cycle autorisé	Date de début du traitement	Cachet du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, attaché à ou affilié à un hôpital disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B	Date et Signature
1	.. / .. / / .. /
2	.. / .. / / .. /
3	.. / .. / / .. /
4	.. / .. / / .. /
5	.. / .. / / .. /
6	.. / .. / / .. /

II – Identification du médecin conseil :

Date : .. / .. /
(Signature et cachet)