

**BIJLAGE A. Model van formulier dat de ziekenhuisapotheker bewaart en 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 een specialiteit ingeschreven in de § 1630200 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001, volgens de bepalingen 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 de gynaecologie-verloskunde, verbonden aan een ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B, verklaar dat de hierboven vermelde patiënte behandeld wordt in het kader van een cyclus **in vitro fertilisatie (IVF)** uitgevoerd in een ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma van reproductieve geneeskunde A of B, en dat de financiering van het geheel van de laboratorium-activiteiten nodig voor de betrokken IVF cyclus vooraf goedgekeurd werd door de adviserend geneesheer op basis van de beschikkingen van artikel 74bis van het Koninklijk Besluit van 25 april 2002 met betrekking tot het budget van de ziekenhuisfinanciering.

Ik verklaar dat de datum waarop de toelating werd verleend voor deze 6 cycli aan de hoger vermelde patiënte, volgens de beschikkingen van artikel 74bis van het Koninklijk Besluit van 25 april 2002 met betrekking tot het budget van de ziekenhuisfinanciering, de volgende is :  
..... (datum van toelating te vermelden).

Ik ben ervan op de hoogte dat, in het kader van een IVF cyclus, de terugbetaling van een behandeling met gonadotrofines enkel mogelijk is indien het totale aantal vergoedbare verpakkingen voor het geheel van de IVF cycli, in één en hetzelfde ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B, per ondeelbare periode van 12 maanden vanaf de inwerkingtreding van de huidige paragraaf dat vergoed zou worden aan een gemiddelde van 2.500 IE van FSH per IVF cyclus niet zal overschreden worden.

Ik vervolledig deze tabel hieronder door te vermelden op welke van de 6 cycli de betrokken behandeling slaat, toegediend in het kader van de bepalingen van het artikel 74bis van het KB van 25 april 2002, met vermelding van het aantal eenheden FSH gebruikt in deze cyclus, op te nemen in de betrokken maandelijkse facturatie:

Betrokken cyclus	Datum van het begin van de behandeling	Aantal eenheden (IE) FSH toegediend
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 dient te krijgen voor het aantal FSH eenheden hierboven vermeld, van de volgende specialiteit :  
(hiernaast de toegediende specialiteit aankruisen)

GONAL-F  
PUREGON

**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)

**IV – Elementen door de ziekenhuisapotheker te attesteren, dateren en ondertekenen voorafgaandelijk aan de facturatie :**

Ik ondergetekende, ziekenhuisapotheker, verbonden aan een ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B, attesteer dat het totale aantal vergoedbare verpakkingen voor het geheel van de IVF cycli in dit ziekenhuis, per ondeelbare periode van 12 maanden vanaf de inwerkingtreding van de huidige paragraaf, het totale aantal verpakkingen niet zal overschrijden dat vergoed zou worden aan een gemiddelde van 2.500 IE van FSH per IVF cyclus.

(naam)  
(voornaam)  
(datum)

/ /

(HANDTEKENING VAN DE APOTHEKER)