

**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 ..... inscrite au § 4780200 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 inexpliquée de la femme, d'endométrie 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 § 4780200) pour ces 6 cycles à traiter par la spécialité ..... a été accordée à la patiente susmentionnée, selon les dispositions des points 1. ou 2. du § 4780200, 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 ..... se rapporte le nombre d'unités de FSH qui est concerné par la présente facturation mensuelle :

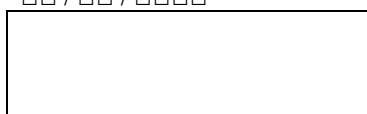
Cycle concerné	Date de début du traitement	Nombre d'unités FSH administrées (UI), avec un maximum de 1200 UI de FSH par cycle
1		
2		
3		
4		
5		
6		

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 ..... 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 DU MEDECIN)