

**ANNEXE C : Modèle de formulaire de demande pour la fourniture au bénéficiaire d'un tableau de suivi pour 6 cycles de traitement sur base des points 1. ou 2. :**

Formulaire à faire parvenir au médecin conseil pour solliciter la fourniture au bénéficiaire d'un tableau de suivi des 6 cycles de traitement avec la spécialité ....., remboursables sur base des modalités visées au point 1. ou 2. du § 4780200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

**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 :

☐ (point 1. du § 4780200) 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.

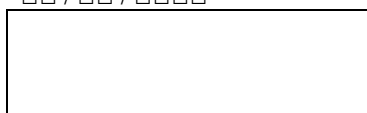
☐ (point 2. du § 4780200) cette patiente doit recevoir un traitement par insémination intra-utérine. J'atteste une inefficacité démontrée du citrate de clomifène utilisé au préalable pendant au moins 6 cycles menstruels. J'atteste également qu'il s'agit d'un cas documenté d'infertilité inexpliquée de la femme, d'endométriose modérée, ou d'un cas documenté de sub-fertilité modérée masculine.

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.

Je sais que dans cette situation, le remboursement d'un tel traitement par la spécialité ..... est limité, par bénéficiaire, à un maximum de 6 cycles traités, mais, à ma connaissance, cette patiente n'a encore jamais reçu de tableau de suivi des 6 cycles de traitement pour lesquels la spécialité ..... est remboursable sur base des points 1. ou 2. du § 4780200. De ce fait, je demande à mon confrère médecin-conseil de fournir à ma patiente un tableau de suivi dont le modèle figure à l'annexe D du § 4780200.

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

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



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)