

ANNEXE A : 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 spécialitéinscrite au § 4780100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, selon les modalités 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 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 traitée dans le cadre d'un cycle de fécondation in vitro (FIV) réalisé dans un hôpital disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B, et que le financement de l'ensemble des activités de laboratoire requises par le cycle concerné a été préalablement accordé par le médecin conseil sur base des dispositions figurant à l'article 76bis de l'Arrêté Royal du 25 avril 2002 relatif au budget des moyens financiers des hôpitaux.

Je déclare que la date à laquelle l'autorisation pour ces 6 cycles a été accordée à la patiente susmentionnée, selon les dispositions de l'article 76bis de l'Arrêté Royal du 25 avril 2002 relatif au budget des moyens financiers des hôpitaux, est la suivante : (mentionner la date d'autorisation).

Je sais que, dans le cadre d'un cycle FIV, le remboursement d'un traitement par gonadotrophines est soumis à la condition que le nombre total de conditionnements remboursables dans un seul et même hôpital disposant d'un programme agréé de médecine de la reproduction A ou B, pour l'ensemble des cycles FIV de cet hôpital, ne peut pas dépasser, 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.

Je complète le tableau ci-dessous en mentionnant auquel des 6 cycles, autorisés dans le cadre des dispositions de l'article 76 bis de l'Arrêté Royal du 25 avril 2002, se rapporte l'administration concernée, et en mentionnant le nombre d'unités de FSH utilisé lors de ce cycle, à reprendre dans la facturation mensuelle concernée :

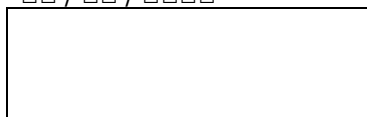
Cycle concerné	Date de début du traitement	Nombre d'unités FSH administrées (UI)
1		
2		
3		
4		
5		
6		

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)

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.

_____ (nom)
 _____ (prénom)
 ____ / ____ / _____ (date)

(SIGNATURE DU PHARMACIEN)