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, complété préalablement à la facturation d'une spécialité inscrite au § 1630200 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 requise par le cycle concerné a été préalablement accordé par le médecin-conseil sur base des dispositions figurant à l'article 74bis de l'Arrêté Royal du 25 avril 2002 relatif au budget des moyens financiers des hôpitaux.

Je sais que, dans le cadre d'un cycle de 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 U.I. de FSH par cycle FIV concerné.

Je complète le tableau ci-dessous en mentionnant auquel des 6 cycles avec remboursement de l'ensemble des activités de laboratoire sur base des dispositions de l'Arrêté Royal du 25 avril 2002, 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)
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 attestés ci-dessus, j'atteste que cette bénéficiaire nécessite de recevoir, pour le nombre d'unités de FSH mentionné ci-dessus, le remboursement de la spécialité suivante : (cocher ci-contre la spécialité administrée)

GONAL-F PUREGON

(nom)

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

1	(prénom) (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 1630200, 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 concerné.

		(nom)	
		(prénom)	
/	/	(Date)	(SIGNATURE DU PHARMACIEN)