

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2008 — 3628

[C — 2008/22566]

6 OKTOBER 2008. — Koninklijk besluit houdende invoering van een forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groot.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 inzonderheid op artikel 37, § 20;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 23 juli 2007;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 18 juni 2008;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Staatssecretaris voor Begroting van 9 juli 2008;

Gelet op advies 45.099/1/V van de Raad van State, gegeven op 10 september 2008, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder :

1° de Wet, de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° zorgprogramma «reproductieve geneeskunde» het zorgprogramma zoals gedefinieerd in artikel 2, § 1, van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's, bedoeld in artikel 9ter van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met de vermelding van de artikelen van de wet op de ziekenhuizen hierop van toepassing;

3° koninklijk besluit van 25 april 2002, het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de afrekening van het budget van de financiële middelen van de ziekenhuizen;

4° koninklijk besluit van 15 september 2006, het koninklijk besluit van 15 september 2006 tot vaststelling van de modaliteiten volgens dewelke een gynaecoloog verbonden is aan of aangesloten is bij een ziekenhuis in het kader van een prestatie zoals bedoeld in artikel 34, 1ste alinea, 26°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

5° verbonden gynaecoloog : de geneesheer bedoeld onder punt 2° van artikel 1 van het koninklijk besluit van 15 september 2006;

6° aangesloten gynaecoloog : de geneesheer bedoeld onder punt 3° van artikel 1 van het koninklijk besluit van 15 september 2006;

7° farmaceutische specialiteiten : de farmaceutische specialiteiten gebruikt in ziekenhuizen, met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde, bij medisch begeleide voortplanting en/of fertiliteitsproblemen geregistreerd volgens het koninklijk besluit van 3 juli 1969 betreffende de registratie van geneesmiddelen die behoren tot één van de volgende categorieën :

- 1) farmaceutische specialiteiten die de follikelruptuur induceren,
- 2) farmaceutische specialiteiten die de folliculaire groei stimuleren volgens een gonadotroop mechanisme,
- 3) farmaceutische specialiteiten met een LHRH agonistische of antagonistische werking die inwerken op de hypofyse;

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2008 — 3628

[C — 2008/22566]

6 OCTOBRE 2008. — Arrêté royal instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et notamment l'article 37, § 20;

Vu l'avis du le Comité de l'assurance des soins de santé, donné le 23 juillet 2007;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 18 juin 2008;

Vu l'accord de Notre Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 9 juillet 2008;

Vu l'avis 45.099/1/V du Conseil d'Etat, donné le 10 septembre 2008, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, on entend par :

1° Loi, la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994;

2° programme de soins "médecine de la reproduction" le programme de soins défini à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 9ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et indiquant les articles de la loi sur les hôpitaux applicables à ceux-ci;

3° arrêté royal du 25 avril 2002, l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux;

4° arrête royal du 15 septembre 2006, l'arrête royal du 15 septembre 2006 fixant les modalités suivant lesquelles un gynécologue est soit attaché, soit affilié a un hôpital, dans le cadre de la prestation visée à l'article 34, alinéa 1^{er}, 26°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

5° gynécologue attaché : le médecin visé à l'article 1^{er}, 2°, de l'arrêté royal du 15 septembre 2006;

6° gynécologue affilié : le médecin visé l'article 1^{er}, 3°, de l'arrêté royal du 15 septembre 2006;

7° spécialités pharmaceutiques : les spécialités pharmaceutiques utilisées dans les hôpitaux, disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction, en procréation médicalement assistée et/ou dans les troubles de la fertilité enregistrées conformément à l'arrêté royal du 3 juillet 1969 relatif à l'enregistrement des médicaments et qui appartiennent à l'une des catégories suivantes :

- 1) spécialités pharmaceutiques inductrices de la rupture folliculaire,
- 2) spécialités pharmaceutiques qui stimulent la croissance folliculaire par un mécanisme de type gonadotrophine,
- 3) spécialités pharmaceutiques ayant une action agoniste ou antagoniste du LHRH agissant sur l'hypophyse;

8° volledige cyclus : een cyclus die voldoet aan de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 74bis van het koninklijk besluit van 25 april 2002 namelijk deze met betrekking tot de maximale leeftijd van de vrouw en tot het maximale aantal cycli per vrouw;

9° volledige behandeling : een behandeling van ovariële hyperstimulatie die voltooid is, met andere woorden die geleid heeft tot inductie van een ovulatie;

10° opgegeven cyclus : cyclus die niet heeft geleid tot een labo-activiteit maar die aanleiding zou gegeven hebben tot de bedragen zoals bedoeld in de artikelen 2 tot 8 indien de cyclus voltooid zou zijn geweest;

11° opgegeven behandeling : behandeling die niet heeft geleid tot een ovulatie-inductie, maar die aanleiding zou gegeven hebben tot de bedragen zoals bedoeld in de artikelen 2 tot 8 indien de behandeling voltooid zou zijn geweest;

12° MBV : medisch begeleide voortplanting.

Art. 2. Een forfait MBV1 van 1073 euro wordt toegekend per volledige cyclus voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van een in vitro fertilisatie, ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie) inclusief, gerealiseerd in een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde, voorgeschreven door een aan dit ziekenhuis verbonden gynaecoloog en afgeleverd in dit ziekenhuis.

Op basis van een aanvraagformulier waarvan het model zich bevindt in bijlage A1 van dit besluit, ingevuld, gedateerd en ondertekend door bovenvermelde gynaecoloog, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de toelating af, waarvan het model zich bevindt in bijlage A2 van dit besluit.

Op het ogenblik van de facturatie van elk forfait MBV1 vult de bovenvermelde gynaecoloog het formulier voorkomend in bijlage A3 van dit besluit behoorlijk in en geeft deze door aan de ziekenhuisapotheker die dit ter beschikking van de adviserend geneesheer houdt.

Dit forfait MBV1 wordt niet toegestaan aan patiënten van wie de behandeling noch geneesmiddelen zoals gedefinieerd in artikel 1, 7°, 2), noch geneesmiddelen zoals gedefinieerd in artikel 1, 7°, 3), bevat.

Het forfait MBV1 zoals bedoeld in dit artikel is niet cumuleerbaar met het forfait MBV2 zoals bedoeld in artikel 3 voor eenzelfde cyclus.

Het aantal forfaits MBV1 zoals beschreven in dit artikel, gecumuleerd met het aantal forfaits MBV2 zoals beschreven in artikel 3, die toegekend zijn aan eenzelfde rechthebbende, mogen het maximum van 6 niet overschrijden.

Art. 3. Een forfait MBV2 van 115 euro wordt toegekend voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt bij een ontvanger van (een) ovocyt(en) (kunstmatige cyclus) in het kader van een eicel(len)donatie, gerealiseerd in een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde, voorgeschreven door een aan dit ziekenhuis verbonden gynaecoloog en afgeleverd in dit ziekenhuis.

Op basis van een aanvraagformulier waarvan het model zich bevindt in bijlage A1 van dit besluit, ingevuld, gedateerd en ondertekend door bovenvermelde gynaecoloog, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de toelating af, waarvan het model zich bevindt in bijlage A2 van dit besluit.

8° cycle complet : cycle répondant aux conditions fixées par l'article 74bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 notamment celles relatives à l'âge maximum de la femme et au nombre maximum de cycles par femme;

9° traitement complet : traitement d'hyperstimulation ovarienne arrivé à terme, c'est-à-dire ayant abouti à une induction de l'ovulation;

10° cycle abandonné : cycle qui n'a pas abouti à une activité de laboratoire, mais qui aurait donné lieu à des montants visés à l'article 2 à 8 si ce cycle avait pu être mené à son terme;

11° traitement abandonné : traitement qui n'a pas abouti à une induction de l'ovulation, mais qui aurait donné lieu à des montants visés à l'article 2 à 8 si ce traitement avait pu être mené à son terme;

12° PMA : procréation médicalement assistée.

Art. 2. Un forfait PMA1 de 1.073 euros est octroyé par cycle complet dans le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre d'une fécondation in vitro, y compris l'ICSI (injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde), réalisée dans un hôpital qui dispose d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction, prescrites par un gynécologue attaché à cet hôpital et délivrées dans ce même hôpital.

Sur base d'un formulaire de demande dont le modèle figure à l'annexe A1 du présent arrêté, complété, daté et signé par le gynécologue susvisé, le médecin-conseil délivre à la bénéficiaire l'autorisation dont le modèle figure en annexe A2 du présent arrêté.

Au moment de la facturation de chaque forfait PMA1, le gynécologue susvisé complète dûment le formulaire figurant en annexe A3 du présent arrêté et transmet celui-ci au pharmacien hospitalier, qui le tient à disposition du médecin-conseil.

Ce forfait PMA1 n'est pas octroyé pour les patientes dont le traitement ne comprend aucune des spécialités pharmaceutiques définies à l'article 1^{er}, 7°, 2), ni aucune des spécialités pharmaceutiques définies à l'article 1^{er}, 7°, 3).

Le forfait PMA1 visé dans le présent article n'est pas cumulable avec le forfait PMA2 visé à l'article 3 pour un même cycle.

Le nombre de forfaits PMA1 tels que décrits dans le présent article, cumulé au nombre de forfaits PMA2 tels que décrits à l'article 3, qui sont octroyés pour une même bénéficiaire, ne peut dépasser le total de 6.

Art. 3. Un forfait PMA2 de 115 euros est octroyé par cycle complet dans le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées chez une receveuse d'ovocyte(s) (cycle artificiel) dans le cadre d'un don d'ovocyte(s), réalisé dans un hôpital qui dispose d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction, prescrites par un gynécologue attaché à cet hôpital et délivrées dans ce même hôpital.

Sur base d'un formulaire de demande dont le modèle figure à l'annexe A1 du présent arrêté, complété, daté et signé par le gynécologue susvisé, le médecin-conseil délivre à la bénéficiaire l'autorisation dont le modèle figure en annexe A2 du présent arrêté.

Op het ogenblik van de facturatie van elk forfait MBV2 vult de bovenvermelde gynaecoloog het formulier voorkomend in bijlage A3 van dit besluit behoorlijk in en geeft deze door aan de ziekenhuisapotheker die dit ter beschikking van de adviserend geneesheer houdt.

Dit forfait MBV2 wordt niet toegestaan aan patiënten van wie de behandeling noch geneesmiddelen zoals gedefinieerd in artikel 1, 7°, 2), noch geneesmiddelen zoals gedefinieerd in artikel 1, 7°, 3) bevat.

Het forfait MBV2 zoals bedoeld in dit artikel is niet cumuleerbaar met het forfait MBV1 zoals bedoeld in artikel 2 voor eenzelfde cyclus.

Het aantal forfaits MBV2 zoals beschreven in dit artikel, gecumuleerd met het aantal forfaits MBV1 zoals beschreven in artikel 2, die toegekend zijn aan eenzelfde rechthebbende, mogen het maximum van 6 niet overschrijden.

Art. 4. Een forfait MBV3 van 314 euro wordt toegekend voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van een fertiliteitsbehandeling anders dan deze zoals bedoeld in artikel 2 en 3, uitgevoerd door een verbonden of aangesloten gynaecoloog en gedefinieerd als volgt :

1° Ofwel : behandeling voor de stimulatie van de follikelgroei bij een rechthebbende die een hypo- of normogonadotrope ovariële insufficiëntie vertoont, in het geval van anovulatie of in het geval van onvoldoende follikelrijping met luteale insufficiëntie als gevolg. Die behandeling wordt uitgevoerd in geval van intolerantie voor de behandeling met clomifeencitraat ofwel nadat een voorafgaande behandeling met clomifeencitraat inefficiënt is gebleken :

- hetzij omwille van anovulatie opgetreden binnen de 10 dagen na het einde van 5 dagen behandeling met clomifeencitraat aan een dagdosis van 150 mg,

- hetzij omwille van uitblijven van zwangerschap, na ovulaties verkregen door clomifeencitraat behandeling, en dit na minstens 4 behandelde menstruele cycli,

- hetzij als de behandeling met clomifeencitraat samengaat met een onvoldoende rijping van het endometrium (endometrium minder dan 6 mm dik bij het einde van de stimulatie) in twee opeenvolgende cycli;

2° Ofwel : een behandeling met intra-uteriene inseminatie (IUI) uitgevoerd in het ziekenhuis, bij een rechthebbende voor zover het gaat om een gedocumenteerde onverklaarde vrouwelijke infertiliteit, een beperkte endometriose of een cervicale steriliteit of een gedocumenteerde mannelijke matige subfertiliteit. Die behandeling wordt uitgevoerd in geval van een intolerantie voor de behandeling met clomifeencitraat ofwel nadat een voorafgaande behandeling met clomifeencitraat inefficiënt is gebleken :

- hetzij omwille van anovulatie opgetreden binnen de 10 dagen na het einde van 5 dagen behandeling met clomifeencitraat aan een dagdosis van 150 mg,

- hetzij omwille van uitblijven van zwangerschap, na ovulaties verkregen door clomifeencitraat behandeling, en dit na minstens 4 behandelde menstruele cycli,

- hetzij als de behandeling met clomifeencitraat samengaat met een onvoldoende rijping van het endometrium (endometrium minder dan 6 mm dik bij het einde van de stimulatie) in twee opeenvolgende cycli.

Au moment de la facturation de chaque forfait PMA2, le gynécologue susvisé complète dûment le formulaire figurant en annexe A3 du présent arrêté et transmet celui-ci au pharmacien hospitalier, qui le tient à disposition du médecin-conseil.

Ce forfait PMA2 n'est pas octroyé pour les patientes dont le traitement ne comprend aucune des spécialités pharmaceutiques définies à l'article 1^{er}, 7°, 2), ni aucune des spécialités pharmaceutiques définies à l'article 1^{er}, 7°, 3).

Le forfait PMA2 visé dans le présent article n'est pas cumulable avec le forfait PMA1 visé à l'article 2 pour un même cycle.

Le nombre de forfaits PMA2 tels que décrits dans le présent article, cumulé au nombre de forfaits PMA1 tels que décrits à l'article 2, qui sont octroyés pour une même bénéficiaire, ne peut dépasser le total de 6.

Art. 4. Un forfait PMA3 de 314 euros est octroyé dans le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre d'un traitement de la fertilité, autre que ceux visées aux articles 2 et 3, réalisé par un gynécologue attaché ou affilié et défini comme tel :

1° Soit : traitement pour la stimulation du développement folliculaire, chez une bénéficiaire qui présente une insuffisance ovarienne hypo- ou normo-gonadotrophique, en cas d'anovulation, ou en cas de maturation insuffisante du follicule entraînant une insuffisance lutéinique. Ce traitement est effectué dans le cas d'une intolérance au citrate de clomifène ou dans le cas où 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 4 cycles menstruels traités,

- soit lorsque le traitement par citrate de clomifène s'accompagne d'une insuffisance de maturation de l'endomètre (endomètre de moins de 6 mm d'épaisseur en fin de stimulation) dans deux cycles successifs;

2° Soit : traitement par insémination intra-utérine (IUI) réalisé en hôpital chez une bénéficiaire dans un cas documenté d'infertilité féminine inexpiquée, d'endometriose modérée ou de stérilité cervicale, ou d'un cas documenté de sub-fertilité modérée masculine. Ce traitement est effectué dans le cas d'une intolérance au citrate de clomifène ou dans le cas où 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 4 cycles menstruels traités,

- soit lorsque le traitement par citrate de clomifène s'accompagne d'une insuffisance de maturation de l'endomètre (endomètre de moins de 6 mm d'épaisseur en fin de stimulation) dans deux cycles successifs,

Op basis van een aanvraagformulier waarvan het model zich bevindt in bijlage B1 van dit besluit, ingevuld, gedateerd en ondertekend door bovenvermelde gynaecoloog, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de toelating af, waarvan het model zich bevindt in bijlage B2 van dit besluit.

Op het ogenblik van de facturatie van elk forfait MBV3 vult de bovenvermelde gynaecoloog het formulier voorkomend in bijlage B3 van dit besluit behoorlijk in en geeft deze door aan de ziekenhuisapotheker die dit ter beschikking van de adviserend geneesheer houdt.

Aan de rechthebbende die de maximale leeftijd van 43 jaar nog niet heeft bereikt, worden maximum 6 forfaits MBV3 toegestaan voor een behandeling zoals bedoeld onder 1° van het eerste lid en maximum 6 forfaits MBV3 voor een behandeling zoals bedoeld onder 2° van het eerste lid.

Art. 5. Het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering kan, conform artikel 22, 11°, van de Wet, de vervanging van de formulieren zoals bedoeld in de artikelen 2 tot 4 door een elektronische communicatie toelaten tussen de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen en dit conform aan het koninklijk besluit van 27 april 1999 betreffende de bewijskracht van de door de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen opgeslagen, verwerkte, weergegeven of meegedeelde gegevens.

Art. 6. De persoonlijke tussenkomst van de preferentieel verzekerde rechthebbende bedoeld in artikel 37, § 1 en 19 van de Wet in de kost van de prestaties bedoeld in artikel 2 is 36,64 euro.

De persoonlijke tussenkomst van de andere rechthebbenden voor dezelfde prestaties is 54,90 euro.

Art. 7. De persoonlijke tussenkomst van de preferentieel verzekerde rechthebbende bedoeld in artikel 37, § 1 en 19 van de Wet in de kost van de prestaties bedoeld in artikel 3 is 7,10 euro.

De persoonlijke tussenkomst van de andere rechthebbenden voor dezelfde prestaties is 10,60 euro.

Art. 8. De persoonlijke tussenkomst van de preferentieel verzekerde rechthebbende bedoeld in artikel 37, § 1, en 19 van de Wet in de kost van de prestaties bedoeld in artikel 4 is 15,34 euro.

De persoonlijke tussenkomst van de andere rechthebbenden voor dezelfde prestaties is 23,10 euro.

Art. 9. De bedragen bedoeld in de artikelen 2 tot 8 dekken alle kosten die in rekening zouden kunnen gebracht worden van de rechthebbenden of de verplichte gezondheidszorg- en invaliditeitsverzekering voor de specialiteiten gedefinieerd in artikel 1, 7°, die zouden gebruikt worden voor opgegeven cycli of behandelingen.

Art. 10. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2009.

Art. 11. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 6 oktober 2008.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Mevr. L. ONKELINX

Sur base d'un formulaire de demande dont le modèle figure à l'annexe B1 du présent arrêté, complété, daté et signé par le gynécologue susvisé, le médecin-conseil délivre à la bénéficiaire l'autorisation dont le modèle figure en annexe B2 du présent arrêté.

Au moment de la facturation de chaque forfait PMA3, le gynécologue susvisé complète dûment le formulaire figurant en annexe B3 du présent arrêté et transmet celui-ci au pharmacien hospitalier, qui le tient à disposition du médecin-conseil.

La bénéficiaire, qui ne peut avoir atteint l'âge de 43 ans, peut se voir octroyer au maximum 6 forfaits PMA3 pour un traitement visé au 1° du premier alinéa et 6 forfaits PMA3 pour un traitement visé au 2° du premier alinéa.

Art. 5. Le Comité de l'assurance de l'Institut National d'Assurance maladie-invalidité peut, conformément à l'article 22, 11°, de la Loi, autoriser le remplacement des formulaires visés aux articles 2 à 4 par une communication électronique entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs et ce conformément à l'arrêté royal du 27 avril 1999 relatif à la force probante des données enregistrées, traitées, reproduites ou communiquées par les dispensateurs de soins et les organismes assureurs.

Art. 6. L'intervention personnelle de la bénéficiaire de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1^{er} et § 19 de la Loi dans le coût de la prestation visée à l'article 2 est de 36,64 euros.

L'intervention personnelle des autres bénéficiaires pour cette même prestation est de 54,90 euros.

Art. 7. L'intervention personnelle de la bénéficiaire de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1^{er} et § 19 de la Loi dans le coût de la prestation visée à l'article 3 est de 7,10 euros.

L'intervention personnelle des autres bénéficiaires pour cette même prestation est de 10,60 euros.

Art. 8. L'intervention personnelle de la bénéficiaire de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1^{er} et § 19 de la Loi dans le coût de la prestation visée à l'article 4 est de 15,34 euros.

L'intervention personnelle des autres bénéficiaires pour cette même prestation est de 23,10 euros.

Art. 9. Les montants visés aux articles 2 à 8 couvrent toutes les sommes qui auraient pu être portées en compte aux bénéficiaires ou à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités/invalidités pour les spécialités pharmaceutiques définies à l'article 1^{er}, 7°, qui seraient utilisées pour des cycles ou des traitements abandonnés.

Art. 10. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

Art. 11. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 6 octobre 2008.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Mme L. ONKELINX

BIJLAGE A1: Model van aanvraagformulier bestemd voor de adviserend geneesheer:

Formulier bestemd voor de adviserend geneesheer voor de aanvraag van 6 forfaits MBV1 voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van een in vitro fertilisatie, ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie) inclusief of MBV2 voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt bij een ontvanger van (een) ovocyt(en) (kunstmatige cyclus) in het kader van een donatie van (een) ovocyt(en), gerealiseerd in een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B en voorgeschreven door een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde verbonden aan dit zelfde ziekenhuis.

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 van reproductieve geneeskunde A of B met volgende coördinaten:

Naam:.....

Adres:.....

vraag voor de hierboven vermelde patiënte de toekenning van een forfaitaire tussenkomst voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt voor elk van de 6 behandelingscycli toegelaten ofwel in het kader van in vitro fertilisaties, ICSI inclusief, ofwel in het kader van donaties van (een) ovocyt(en).

Ik ben ervan op de hoogte dat de toekenning van een forfaitaire tussenkomst voor deze behandelingen beperkt is, éénmaal in het leven van de patiënte, tot een maximum van 6 behandelingscycli per rechthebbende, en dat het aantal registraties van een pseudo-code met betrekking tot de laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI van eicellen beperkt is tot 6 per rechthebbende.

Ik verbind me ertoe de bewijsstukken van de adviserend geneesheer ter beschikking te houden die de geattesteerde situatie van deze rechthebbende aantonen.

III – Identificatie van de geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde (naam, voornaam, adres, RIZIV N°) :

--	--

 (naam)

--	--

 (voornaam)

1	-		-		-		
---	---	--	---	--	---	--	--

 (RIZIV nr)

	/		/		
--	---	--	---	--	--

 (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)

BIJLAGE A2: Model van toelatingsformulier afgeleverd door de adviserend geneesheer aan de rechthebbende:

Formulier afgeleverd door de adviserend geneesheer aan de rechthebbende dat de toekenning van 6 forfaits MBV1 toelaat, voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van in vitro fertilisaties, ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie) inclusief of MBV2 voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt bij een ontvanger van (een) ovocyt(en) (kunstmatige cyclus) in het kader van donaties van (een) ovocyt(en), gerealiseerd in een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B en voorgeschreven door een geneesheer specialist in de gynaecologie verbonden aan dit zelfde ziekenhuis.

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer) :

--	--	--	--

II – toelating van de adviserend geneesheer:

Ik ondertekende, adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling met volgende coördinaten:

Benaming en nummer van de mutualiteit :.....

Adres :

.....

geef de toelating aan de hierboven vermelde patiënte voor de toekenning van een forfaitaire tussenkomst voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt voor elke van de 6 behandelingscycli toegelaten ofwel in het kader van in vitro fertilisaties, ICSI inclusief, ofwel in het kader van donaties van (een) ovocyt(en).

Elke rechthebbende kan slechts éénmaal in haar leven de toelating voor de 6 forfaits bekomen, waarbij de forfaits MBV1 en MBV2 samengeteld worden.

Dit document moet door de rechthebbende bewaard worden. Dit document moet ingevuld, gedateerd en ondertekend worden op het moment van de realisatie van de labo-activiteit door een geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde, verbonden aan een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B, verantwoordelijk voor de behandeling van de rechthebbende hierboven vermeld.

Toegestane cyclus	Datum van realisatie van de labo-activiteit	Stempel van de geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde verantwoordelijk voor de behandeling	Handtekening
1	□□ / □□ / □□□□	
2	□□ / □□ / □□□□	
3	□□ / □□ / □□□□	
4	□□ / □□ / □□□□	
5	□□ / □□ / □□□□	
6	□□ / □□ / □□□□	

III – Identificatie van de adviserend geneesheer:

Datum : □□ / □□ / □□□□
(Handtekening en stempel)

BIJLAGE A3: Model dat de ziekenhuisapotheker ter beschikking houdt van de adviserend geneesheer:

Formulier dat de ziekenhuisapotheker ter beschikking houdt van de adviserend geneesheer, volledig ingevuld door een geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde, verbonden aan een ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma van reproductieve geneeskunde A of B, voorafgaand aan de facturatie van een forfaitaire tussenkomst MBV1 voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van in vitro fertilisaties conform artikel 2 van het KB van 6 oktober 2008 of MBV2 indien ze worden gebruikt voor een ontvanger van (een) ovocyt(en) (kunstmatige cyclus) in het kader van donaties van (een) ovocyt(en) conform artikel 3 van het KB van 6 oktober 2008 en voorafgaand aan de realisatie van de laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie) van eicellen voor de betrokken cyclus.

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 van reproductieve geneeskunde A of B met volgende coördinaten:

Naam:.....

Adres:.....

verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende wordt behandeld:

ofwel: (MBV1) in het kader van een cyclus in vitro fertilisatie die beantwoordt aan de voorwaarden zoals gedefinieerd in artikel 2 van het KB van 6 oktober 2008.

ofwel: (MBV2) als ontvanger in het kader van een donatie van (een) ovocyt(en) (kunstmatige cyclus) die beantwoordt aan de voorwaarden zoals gedefinieerd in artikel 3 van het KB van 6 oktober 2008.

Ik ben ervan op de hoogte dat de toekenning van een forfaitaire tussenkomst voor deze behandelingen beperkt is, éénmaal in het leven van de patiënte, tot een maximum van 6 cycli per rechthebbende, en dat het aantal forfaits voor de laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI van eicellen beperkt is tot 6 per rechthebbende.

Ik verklaar dat, voor zover mij bekend, dit document overeenkomt met de volledige cyclus n° [] (maximum 6 cycli) voor de rechthebbende hierboven vermeld. Ik verklaar de toelating te hebben vervolledigd, die werd afgeleverd aan de rechthebbende voor de toekenning van 6 forfaits, door de betreffende cyclus te vermelden waarop de huidige facturatie betrekking heeft.

Bijgevolg voldoet de patiënte aan de vereiste voorwaarden om te genieten van de laboratoriumactiviteiten die vereist zijn in het kader van haar behandeling, conform artikel 74 bis van het KB van 25 april 2002.

Deze activiteiten zullen gerealiseerd worden in volgend ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma van reproductieve geneeskunde B (enkel in te vullen indien de coördinaten verschillen met deze zoals vermeld hierboven):

Naam:.....

Adres:.....

Ik verbind me ertoe een kopie van dit document aan het hierboven vermeld ziekenhuis te bezorgen.

Ik verbind me ertoe de bewijsstukken voor de adviserend geneesheer ter beschikking te houden die de geattesteerde situatie van deze rechthebbende aantonen.

III – Identificatie van de geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde (naam, voornaam, adres, RIZIV N°) :

	(naam)
--	--------

	(voornaam)
--	------------

1	-	-	-	(RIZIV nr)
---	---	---	---	------------

/	/	(datum)
---	---	---------



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)

BIJLAGE B1: Model van aanvraagformulier bestemd voor de adviserend geneesheer:

Formulier bestemd voor de adviserend geneesheer voor aanvraag van 6 forfaits MBV3 voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van een behandeling van fertiliteitsstoornissen andere dan in vitro fertilisatie of een kunstmatige cyclus en voorgeschreven door een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde verbonden aan of aangesloten bij een ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma van reproductieve geneeskunde A of B.

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 of aangesloten bij een ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma van reproductieve geneeskunde A of B met volgende coördinaten:

Naam:.....

Adres:.....

vraag voor de hierboven vermelde rechthebbende de toekenning van een forfaitaire tussenkomst voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt voor elk van de 6 toegelaten behandelingen in het kader van een behandeling fertiliteitsstoornissen gedefinieerd als volgt:

1° Ofwel : Behandeling voor de stimulatie van de follikelgroei bij een rechthebbende die een hypo- of normogonadotrope ovariële insufficiëntie vertoont, in het geval van anovulatie of in het geval van onvoldoende follikelrijping met luteale insufficiëntie als gevolg.
Bovendien:

attesteer ik dat een voorafgaande behandeling met clomifeencitraat inefficiënt was hetzij omwille van anovulatie opgetreden binnen de 10 dagen na het einde van 5 dagen behandeling met clomifeencitraat aan een dagdosis van 150 mg, hetzij omwille van uitblijven van zwangerschap, na ovulaties verkregen door clomifeencitraat behandeling, en dit na minstens 4 behandelde menstruele cycli, hetzij als de behandeling met clomifeencitraat samengaat met een onvoldoende rijping van het endometrium (endometrium minder dan 6 mm dik bij het einde van de stimulatie) in twee opeenvolgende cycli.

OF

attesteer ik dat de rechthebbende een intolerantie vertoont voor clomifeencitraat.

De toekenning van een forfait voor een dergelijke behandeling is beperkt tot een maximum van 6 volledige behandelingen per rechthebbende.

2° Ofwel: Behandeling met intra-uteriene inseminatie (IUI) in het geval van een gedocumenteerde onverklaarde vrouwelijke infertiliteit, een beperkte endometriose of cervicale steriliteit, of een gedocumenteerde mannelijke matige subfertiliteit.

Bovendien:

attesteer ik dat een voorafgaande behandeling met clomifeencitraat inefficiënt was hetzij omwille van anovulatie opgetreden binnen de 10 dagen na het einde van 5 dagen behandeling met clomifeencitraat aan een dagdosis van 150 mg, hetzij omwille van uitblijven van zwangerschap, na ovulaties verkregen door clomifeencitraat behandeling, en dit na minstens 4 behandelde menstruele cycli, hetzij als de behandeling met clomifeencitraat samengaat met een onvoldoende rijping van het endometrium (endometrium minder dan 6 mm dik bij het einde van de stimulatie) in twee opeenvolgende cycli.

OF

attesteer ik dat de rechthebbende een intolerantie vertoont voor clomifeencitraat.

De toekenning van een forfait voor een dergelijke behandeling is beperkt tot een maximum van 6 volledige behandelingen per rechthebbende.

Ik ben ervan op de hoogte dat er éénmaal in het leven van de rechthebbende maximum 6 forfaits kunnen worden toegestaan voor een behandeling zoals bedoeld onder 1° **en** maximum 6 forfaits voor een behandeling zoals bedoeld onder 2°.

Ik verbind me ertoe de bewijsstukken van de adviserend geneesheer ter beschikking te houden die de geattesteerde situatie van deze rechthebbende aantonen.

III – Identificatie van de geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde (naam, voornaam, adres, RIZIV N°) :

	(naam)
--	--------

	(voornaam)
--	------------

1	-		-		-		(RIZIV nr)
---	---	--	---	--	---	--	------------

	/		/		(datum)
--	---	--	---	--	---------

(stempel)

..... (handtekening van de geneesheer)

III – Identificatie van de geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde (naam, voornaam, adres, RIZIV N°) :

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV nr)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 6 oktober 2008 houdende invoering van een forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Mevr. L. ONKELINX

ANNEXE A1 : Modèle de formulaire de demande destiné au médecin-conseil:

Formulaire destiné au médecin-conseil, pour solliciter l'octroi de 6 forfaits, PMA1 pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre de fécondations in vitro, y compris l'ICSI (injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde), **ou** PMA2 pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées pour une receveuse d'ovocyte(s) (cycle artificiel) dans le cadre d'un don d'ovocyte(s), réalisés dans un hôpital disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B, et prescrites par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique attaché au même hôpital.

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation) :

Grid of boxes for patient identification details.

II – Élément à attester par le 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 dont les coordonnées sont les suivantes :

Nom :

Adresse :

demande pour la patiente mentionnée ci-dessus l'octroi d'une intervention forfaitaire pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées pour chacun des 6 cycles de traitement autorisés soit dans le cadre de fécondations in vitro, y compris l'ICSI, soit dans le cadre de dons d'ovocytes.

Je sais que l'octroi d'un forfait pour ces traitements est limité, au cours de la vie de la patiente, à un maximum de 6 cycles traités par bénéficiaire, et que le nombre d'enregistrements d'un pseudo-code relatif aux activités de laboratoire requises pour l'insémination au moyen de FIV/d'ICSI d'ovules est limité à 6 par bénéficiaire.

Je m'engage à tenir à disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que cette patiente se trouve dans la situation attestée.

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

..... (nom)

..... (prénom)

1-..... (N° INAMI)

.. / .. / (DATE)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

ANNEXE A2 : Modèle du formulaire d'autorisation délivré par le médecin conseil à la bénéficiaire :

Formulaire délivré par le médecin conseil à la bénéficiaire, autorisant l'octroi de 6 forfaits, PMA1 pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre de fécondations in vitro, y compris l'ICSI (injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde), ou PMA2 pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées pour une receveuse d'ovocyte(s) (cycle artificiel) dans le cadre de dons d'ovocyte(s), réalisés dans un hôpital disposant d'un programme de soins reconnu de médecine de la reproduction A ou B, prescrites par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique attaché à ce même hôpital.

I – Identification de la bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :

--	--	--

II – Autorisation du médecin-conseil:

Je soussigné, médecin-conseil de l'organisme assureur dont les coordonnées sont les suivantes :

Dénomination et numéro de la mutualité :

Adresse :

.....

autorise pour la bénéficiaire mentionnée ci-dessus l'octroi d'une intervention forfaitaire pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées pour chacun des 6 cycles de traitement autorisés soit dans le cadre de fécondations in vitro, y compris l'ICSI, soit dans le cadre de dons d'ovocytes.

Chaque bénéficiaire ne peut recevoir, au cours de sa vie, qu'une seule autorisation pour 6 forfaits, dans lesquels les forfaits PMA1 et PMA2 sont comptabilisés ensemble.

Le présent document doit être conservé par la bénéficiaire. Il doit être complété, daté et signé au moment de la réalisation de l'activité de laboratoire par le médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, attaché à un hôpital disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B, responsable du traitement pour la bénéficiaire visée ci-dessus.

Cycle autorisé	Date de la réalisation de l'activité de laboratoire	Cachet du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique responsable du traitement	Signature
1	□□ / □□ / □□□□	
2	□□ / □□ / □□□□	
3	□□ / □□ / □□□□	
4	□□ / □□ / □□□□	
5	□□ / □□ / □□□□	
6	□□ / □□ / □□□□	

III – Identification du médecin conseil:

Date :□□ / □□ / □□□□.
(Signature et cachet)

ANNEXE B1 : Modèle de formulaire de demande destiné au médecin-conseil:

Formulaire destiné au médecin-conseil pour solliciter l'octroi de 6 forfaits PMA3 pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre d'un traitement des troubles de la fertilité, autre qu'une fécondation in vitro ou qu'un cycle artificiel, prescrites par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique attaché ou affilié à un hôpital disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B.

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):

II – Élément à attester par le médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique responsable du traitement:

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, attaché ou affilié à un hôpital disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B dont les coordonnées sont les suivantes :

Nom :

Adresse :

.....

demande pour la bénéficiaire mentionnée ci-dessus l'octroi d'une intervention forfaitaire pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées pour chacun des 6 traitements autorisés, dans le cadre d'un traitement des troubles de la fertilité défini ci-dessous :

1° Soit traitement pour une stimulation du développement folliculaire, chez une bénéficiaire présentant une insuffisance ovarienne hypo- ou normo-gonadotrophique, en cas d'anovulation, ou en cas de maturation insuffisante du follicule entraînant une insuffisance lutéinique.

En outre :

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 4 cycles menstruels traités, **soit** lorsque le traitement par citrate de clomifène s'accompagne d'une insuffisance de maturation de l'endomètre (endomètre de moins de 6 mm d'épaisseur en fin de stimulation) dans deux cycles successifs.

OU

J'atteste que la bénéficiaire présente une intolérance au citrate de clomifène.

Je sais que, dans ces conditions, l'octroi d'un forfait pour un tel traitement est limité à un maximum de 6 traitements complets par bénéficiaire.

2° Soit traitement par insémination intra-utérine. J'atteste qu'il s'agit d'un cas documenté d'infertilité féminine inexplicquée, d'endométriase modérée ou de stérilité cervicale, ou d'un cas documenté de sub-fertilité modérée masculine.

En outre :

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 4 cycles menstruels traités, **soit** lorsque le traitement par citrate de clomifène s'accompagne d'une insuffisance de maturation de l'endomètre (endomètre de moins de 6 mm d'épaisseur en fin de stimulation) dans deux cycles successifs.

Ou

J'atteste que la bénéficiaire présente une intolérance au citrate de clomifène.

Je sais que, dans ces conditions, l'octroi d'un forfait pour un tel traitement est limité à un maximum de 6 traitements complets par bénéficiaire.

Je sais que, au cours de la vie de la bénéficiaire, maximum 6 forfaits pour un traitement visé au 1° **et** 6 forfaits pour un traitement visé au 2° peuvent être octroyés.

Je m'engage à tenir à disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que cette patiente se trouve dans la situation attestée.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

1-_____ (N° INAMI)

___ / ___ / _____ (DATE)

2° Soit: un traitement par insémination intra-utérine dans un cas documenté d'infertilité féminine inexplicée, d'endométriase modérée ou de stérilité cervicale, ou d'un cas documenté de sub-fertilité modérée masculine.

En outre :

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 4 cycles menstruels traités, soit lorsque le traitement par citrate de clomifène s'accompagne d'une insuffisance de maturation de l'endomètre (endomètre de moins de 6 mm d'épaisseur en fin de stimulation) dans deux cycles successifs.

OU

J'atteste que la bénéficiaire présente une intolérance au citrate de clomifène.

L'octroi d'un forfait pour un tel traitement est limité à un maximum de 6 traitements complets par bénéficiaire.

Je sais que la bénéficiaire peut se voir octroyer au maximum 6 forfaits pour le traitement visé au 1° et 6 forfaits pour le traitement visé au 2°.

J'atteste que, à ma connaissance, ce document se rapporte au traitement complet n° (maximum 6 traitements) pour la bénéficiaire mentionnée ci-dessus. J'atteste avoir dûment complété l'autorisation accordée à la bénéficiaire pour l'octroi de 6 forfaits pour y mentionner le traitement concerné par la présente facturation.

Je m'engage à tenir à disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que cette patiente se trouve dans la situation attestée.

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

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)
 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)
 1-□□□□□□-□□-□□□□ (N° INAMI)
 □□ / □□ / □□□□ (DATE)



(CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN)

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
 Mme L. ONKELINX