

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2023/47888]

30 NOVEMBRE 2023. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine.

PHILIPPE, 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, § 21, inséré par la loi du 27 décembre 2005 et modifié par la loi du 27 décembre 2006;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 5 juillet 2023;

Vu l'avis du Comité de l'assurance des soins de santé, donné le 10 juillet 2023;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 5 septembre 2023;

Vu l'accord de la Secrétaire d'état au Budget, donné le 17 septembre 2023;

Vu la demande d'avis au Conseil d'État dans un délai de 30 jours, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant que la demande d'avis a été inscrite le 16 novembre 2023 au rôle de la section de législation du Conseil d'État sous le numéro 74.893/2;

Vu la décision de la section de législation du 16 novembre 2023 de ne pas donner d'avis dans le délai demandé, en application de l'article 84, § 5, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans l'intitulé de l'arrêté royal du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine, le mot "féminine" est abrogé.

**Art. 2.** Dans les articles 1<sup>er</sup>, 2, 3 et 4, du même arrêté, modifiés par l'arrêté royal du 16 septembre 2013, dans le texte néerlandais, le mot "geneesheer" est chaque fois remplacé par le mot "arts".

**Art. 3.** Dans l'article 1<sup>er</sup>, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1<sup>o</sup> au 8<sup>o</sup>, les mots " de la femme " sont remplacés par les mots " du bénéficiaire " ;

2<sup>o</sup> au 8<sup>o</sup>, dans le texte français, les mots " par femme " sont remplacés par les mots " par bénéficiaire " ;

**Art. 4.** Dans les articles 2, 3 et 4, du même arrêté, modifiés par l'arrêté royal du 16 septembre 2013, dans le texte français, les mots " à la bénéficiaire " sont chaque fois remplacés par les mots " au bénéficiaire ".

**Art. 5.** Dans les articles 2 et 3 du même arrêté, modifiés par l'arrêté du 16 septembre 2013, les modifications suivantes sont apportées :

1<sup>o</sup> le mot " patientes " est remplacé par le mot " bénéficiaires ".

2<sup>o</sup> dans le texte français, les mots " pour une même bénéficiaire " sont remplacés par les mots " pour un même bénéficiaire ".

**Art. 6.** Dans l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 16 septembre 2013, dans le texte français, les mots " chez une receveuse d'ovocyte(s) " sont remplacés par les mots " chez un receveur d'ovocyte(s) ".

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2023/47888]

30 NOVEMBER 2023. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 6 oktober 2008 houdende invoering van een forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen.

FILIP, Koning der Belgen,  
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 37, § 21, ingevoegd bij de wet van 27 december 2005 en bij de wet van 27 december 2006;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 5 juli 2023;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 10 juli 2023;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 5 september 2023;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 17 september 2023;

Gelet op de adviesaanvraag aan de Raad van State binnen een termijn van dertig dagen, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2<sup>o</sup>, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat de adviesaanvraag is ingeschreven op 16 november 2023 op de rol van de afdeling Wetgeving van de Raad van State onder het nummer 74.893/2;

Gelet op de beslissing van de afdeling Wetgeving van 16 november 2023 om binnen de gevraagde termijn geen advies te verlenen, met toepassing van artikel 84, § 5, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In het opschrift van het koninklijk besluit van 6 oktober 2008 houdende invoering van een forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen, worden de woorden "bij vrouwen" opgeheven.

**Art. 2.** In de artikelen 1, 2, 3 en 4 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 16 september 2013, wordt in de Nederlandse tekst het woord "geneesheer" telkens vervangen door het woord "arts".

**Art. 3.** In artikel 1 van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1<sup>o</sup> in de bepaling onder 8<sup>o</sup> wordt het woord "vrouw" telkens vervangen door de woord "rechthebbende";

2<sup>o</sup> in de bepaling onder 8<sup>o</sup> in de Franse tekst worden de woorden "par femme" vervangen door de woorden "par bénéficiaire";

**Art. 4.** In de artikelen 2, 3 en 4 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 16 september 2013, worden in de Franse tekst de woorden "à la bénéficiaire" telkens vervangen door de woorden "au bénéficiaire".

**Art. 5.** In de artikelen 2 en 3 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 16 september 2013, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1<sup>o</sup> het woord "patiëntes" wordt vervangen door het woord "recht-hebbenden";

2<sup>o</sup> in de Franse tekst worden de woorden "pour une même bénéficiaire" vervangen door de woorden "pour un même bénéficiaire".

**Art. 6.** In artikel 3, eerste lid, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 16 september 2013, in de Franse tekst, worden de woorden "chez une receveuse d'ovocyte(s)" vervangen door de woorden "chez un receveur d'ovocyte(s)".

**Art. 7.** Dans l'article 4, du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 16 septembre 2013, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans l'alinéa 1<sup>er</sup>, dans le texte français, les mots " une bénéficiaire » sont chaque fois remplacés par les mots " un bénéficiaire ».

2° dans l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, les mots " dans un cas documenté d'infertilité féminine inexpliquée, d'endométriose modérée ou de stérilité cervicale, ou d'un cas documenté de sub-fertilité modérée masculine. » sont remplacés par les mots " dans un cas documenté d'infertilité inexpliquée, de sub-fertilité modérée, d'endométriose ou de stérilité cervicale. »;

3° dans l'alinéa 4, dans le texte français, les mots " La bénéficiaire » sont remplacés par les mots " Le bénéficiaire ».

**Art. 8.** Dans les articles 6, 7 et 8, du même arrêté, dans le texte français, les mots " de la bénéficiaire » sont chaque fois remplacés par les mots " du bénéficiaire ».

**Art. 9.** Dans le même arrêté, les annexes A1, A2, A3, B1, B2 et B3, sont remplacées par les annexes A1, A2, A3, B1, B2 et B3 jointes au présent arrêté.

**Art. 10.** Le Ministre qui a les Affaires Sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 30 novembre 2023.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

**Art. 7.** In artikel 4, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 16 september 2013, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid, worden in de Franse tekst de woorden "une bénéficiaire" telkens vervangen door de woorden "un bénéficiaire";

2° in het eerste lid, 2°, worden de woorden "een gedocumenteerde onverklaarde vrouwelijke infertiliteit, een beperkte endometriose of een cervicale sterilité of een gedocumenteerde mannelijke matige subfertiliteit." vervangen door "een gedocumenteerde onverklaarde infertiliteit of een gedocumenteerde matige subfertiliteit, om endometriose of om cervicale sterilité";

3° in het vierde lid, worden in de Franse tekst de woorden "La bénéficiaire" vervangen door de woorden "Le bénéficiaire".

**Art. 8.** In de artikelen 6, 7 en 8 van hetzelfde besluit, worden in de Franse tekst de woorden "de la bénéficiaire" telkens vervangen door de woorden "du bénéficiaire".

**Art. 9.** In hetzelfde besluit worden de bijlagen A1, A2, A3, B1, B2 en B3 vervangen door de bijlage A1, A2, A3, B1, B2 en B3 gevoegd bij dit besluit.

**Art. 10.** De Minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 30 november 2023.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

**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 un receveur 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) :**

\_\_\_\_\_

**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 le bénéficiaire mentionné 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 du bénéficiaire, 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 ce bénéficiaire 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 au bénéficiaire :**

Formulaire délivré par le médecin conseil au 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 un receveur 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 du 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 le bénéficiaire mentionné 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 le 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 le bénéficiaire visé 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	uu / uu / uuuuu		.....
2	uu / uu / uuuuu		.....
3	uu / uu / uuuuu		.....
4	uu / uu / uuuuu		.....
5	uu / uu / uuuuu		.....
6	uu / uu / uuuuu		.....

### III – Identification du médecin conseil:

Date :uu / uu / uuuuu.  
(Signature et cachet )

**ANNEXE A3 : 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 par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique attaché à un hôpital disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B, préalablement à la facturation d'un forfait PMA1 pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre de fécondations in vitro, conformément à l'article 2 de l'AR du 6 octobre 2008 ou PMA2 lorsqu'elles sont utilisées pour un receveur d'ovocyte(s) (cycle artificiel) dans le cadre de dons d'ovocyte(s), conformément à l'article 3 de l'AR du 6 octobre 2008, et préalablement à la réalisation des activités de laboratoire requises pour l'insémination au moyen de FIV/d'ICSI d'ovules pour le cycle concerné.

**I – Identification du 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 dont les coordonnées sont les suivantes :

Nom : .....

Adresse : .....

.....

certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est traité :

soit : (PMA1) dans le cadre d'un cycle de fécondation in vitro, répondant aux conditions définies à l'article 2 de l'AR du 6 octobre 2008.

soit : (PMA2) en tant que receveur dans le cadre d'un don d'ovocyte(s) (cycle artificiel) répondant aux conditions définies à l'article 3 de l'AR du 6 octobre 2008.

Je sais que l'octroi d'un forfait pour ces traitements est limité, au cours de la vie du bénéficiaire, à un maximum de 6 cycles par bénéficiaire, et que le nombre de forfaits pour les activités de laboratoire requises pour l'insémination au moyen de FIV/d'ICSI d'ovules est limité à 6 par bénéficiaire.

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

Par conséquent, le bénéficiaire susvisé se trouve dans les conditions nécessaires pour bénéficier des activités de laboratoire requises dans le cadre de son traitement, conformément à l'article 74 bis de l'AR du 25 avril 2002.

Ces activités seront réalisées dans l'hôpital disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction B suivant (à remplir uniquement si les coordonnées diffèrent de celles de l'hôpital mentionné ci-dessus):

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Je m'engage à fournir une copie du présent document à l'hôpital mentionné ci-dessus.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve démontrant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

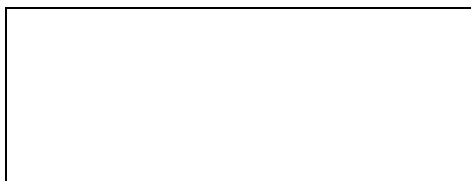
**III – Identification du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :**

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)

1-□□□□□□-□□-□□□□□□ (N° INAMI)

□□ / □□ / □□□□□□ (DATE)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)



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

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)  
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)  
 1-UUUUUUU-UU-UUUU (N° INAMI)  
 UU / UU / UUUUU (DATE)



(CACHET) ..... (SIGNATURE DU MEDECIN)

**ANNEXE B2 : Modèle du formulaire d'autorisation délivré par le médecin conseil au bénéficiaire :**  
 Formulaire délivré par le médecin conseil au bénéficiaire, autorisant l'octroi de 6 forfaits PMA3 pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre de traitements des troubles de la fertilité, autres 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, 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 le bénéficiaire mentionné ci-dessus l'octroi d'une intervention forfaitaire pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées pour chacun des 6 traitements autorisés :

- 1° Soit  traitement pour une stimulation du développement folliculaire, chez un 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.
- De plus :
- 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**
- Le 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.
- 2° Soit  traitement par insémination intra-utérine dans un cas documenté d'infertilité inexplicquée, de sub-fertilité modérée, d'endométriose ou de stérilité cervicale.



De plus :

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**

Le 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.

Chaque bénéficiaire ne peut recevoir, au cours de sa vie, qu'une autorisation pour 6 forfaits pour un traitement visé au 1° **et** qu'une autorisation pour 6 forfaits pour un traitement visé au 2°.

Le présent document doit être conservé par le bénéficiaire. Il doit être complété, daté et signé au moment de l'induction de l'ovulation par le 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, responsable du traitement pour le bénéficiaire visé ci-dessus.

Traitement autorisé	Date de l'induction d'ovulation	Cachet du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique responsable du traitement	Date et Signature
1	uu / uu / uuuuu		uu / uu / uuuuu .....
2	uu / uu / uuuuu		uu / uu / uuuuu .....
3	uu / uu / uuuuu		uu / uu / uuuuu .....
4	uu / uu / uuuuu		uu / uu / uuuuu .....
5	uu / uu / uuuuu		uu / uu / uuuuu .....
6	uu / uu / uuuuu		uu / uu / uuuuu .....

**III – Identification du médecin conseil :**

Date : uu / uu / uuuuu (Signature et cachet )
--



**ANNEXE B3 : Modèle de formulaire de demande destiné au médecin-conseil:**

Formulaire à conserver à la disposition du médecin-conseil par le pharmacien hospitalier, entièrement complété 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, préalablement à la facturation d'un forfait 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, tels que définis à l'article 4 de l'AR du 6 octobre 2008.

**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 : .....  
.....

certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est traité dans le cadre d'un traitement des troubles de la fertilité :

- 1° Soit :  un traitement pour une stimulation du développement folliculaire, chez un 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 le 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.

- 2° Soit:  un traitement par insémination intra-utérine dans un cas documenté d'infertilité inexplicée, de sub-fertilité modérée, d'endométriose ou de stérilité cervicale.  
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 le 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 le 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 le bénéficiaire mentionné ci-dessus. J'atteste avoir dûment complété l'autorisation accordée au 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 ce bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

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

\_\_\_\_\_ (nom)

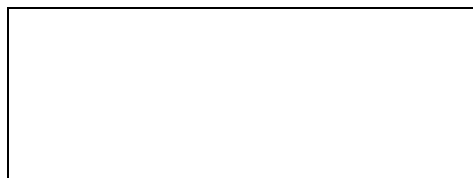
\_\_\_\_\_ (prénom)

1-000000-00-0000

(N° INAMI)

00 / 00 / 0000

(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,

PAR LE ROI :  
Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Frank VANDENBROUCKE

**BIJLAGE A1: Model van aanvraagformulier bestemd voor de adviserend arts:**

Formulier bestemd voor de adviserend arts 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 arts specialist in de gynaecologie-verloskunde verbonden aan dit zelfde ziekenhuis.

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

--	--	--

**II – Te attesteren elementen door een arts-specialist in gynaecologie-verloskunde verantwoordelijk voor de behandeling:**

Ik ondergetekende, arts, arts-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 rechthebbende 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 rechthebbende, 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 arts ter beschikking te houden die de geattesteerde situatie van deze rechthebbende aantonen.

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

\_\_\_\_\_ (naam)

\_\_\_\_\_ (voornaam)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (RIZIV nr)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

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

Formulier afgeleverd door de adviserend arts 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 arts specialist in de gynaecologie verbonden aan dit zelfde ziekenhuis.

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

--	--	--

**II – toelating van de adviserend arts:**

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

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

Adres : .....

geef de toelating aan de hierboven vermelde rechthebbende 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 arts-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 arts-specialist in gynaecologie-verloskunde verantwoordelijk voor de behandeling	Handtekening
1	uu / uu / uuuuu		.....
2	uu / uu / uuuuu		.....
3	uu / uu / uuuuu		.....
4	uu / uu / uuuuu		.....
5	uu / uu / uuuuu		.....
6	uu / uu / uuuuu		.....

### III – Identificatie van de adviserend arts:

Datum : uu / uu / uuuuu  
(Handtekening en stempel )

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

Formulier dat de ziekenhuisapotheker ter beschikking houdt van de adviserend arts, volledig ingevuld door een arts-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 arts-specialist in gynaecologie-verloskunde verantwoordelijk voor de behandeling :**

Ik ondergetekende, arts, arts-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 rechthebbende, 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 rechthebbende 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 arts ter beschikking te houden die de geattesteerde situatie van deze rechthebbende aantonen.

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

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

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

1 - 



 - 



 - 



 (RIZIV nr)

/ 



 / 



 (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

**BIJLAGE B1: Model van aanvraagformulier bestemd voor de adviserend arts:**

Formulier bestemd voor de adviserend arts 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 arts 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 arts-specialist in gynaecologie-verloskunde verantwoordelijk voor de behandeling :**

Ik ondergetekende, arts, arts-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), voor zover het gaat om een gedocumenteerde onverklaarde infertiliteit of een gedocumenteerde matige subfertiliteit, om endometriose of om cervicale steriliteit. 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 arts ter beschikking te houden die de geattesteerde situatie van deze rechthebbende aantonen.

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

\_\_\_\_\_ (naam)

\_\_\_\_\_ (voornaam)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (RIZIV nr)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

**BIJLAGE B2: Toelatingsformulier afgeleverd door de adviserend arts aan de rechthebbende:**

Formulier afgeleverd door de adviserend arts aan de rechthebbende, dat de toekenning van 6 forfaits MBV3 toelaat, voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van behandelingen van fertiliteitsstoornissen andere dan in vitro fertilisatie of een kunstmatige cyclus, voorgeschreven door een arts 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 – Toelating van de adviserend arts:**

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

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

Adres : .....

.....

geef de toelating aan de hierboven vermelde rechthebbende voor de toekenning van een forfaitaire tussenkomst voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt voor elk van de 6 toegelaten behandelingen:

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:

was een voorafgaande behandeling met clomifeencitraat inefficiënt **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**

vertoont de rechthebbende een intolerantie 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 infertiliteit of een gedocumenteerde matige subfertiliteit, om endometriose of om cervicale steriliteit.

Bovendien:

was een voorafgaande behandeling met clomifeencitraat inefficiënt **hetzij** omwille van anovulatie opgetreden binnen de 10 dagen na het einde van 5 dagen behandeling met clomifeencitraat aan een dagdosering 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**

vertoont de rechthebbende een intolerantie voor clomifeencitraat.

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

Elke rechthebbende kan slechts éénmaal in haar leven de toelating bekomen voor de 6 forfaits voor een behandeling zoals bedoeld onder 1° **en** de toelating voor de 6 forfaits voor een behandeling zoals bedoeld onder 2°.

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

Toegestane behandeling	Datum van inductie van ovulatie	Stempel van de arts-specialist in gynaecologie-verloskunde verantwoordelijk voor de behandeling	Datum en handtekening
1	uu / uu / uuuuu		uu / uu / uuuuu.....
2	uu / uu / uuuuu		uu / uu / uuuuu.....
3	uu / uu / uuuuu		uu / uu / uuuuu.....
4	uu / uu / uuuuu		uu / uu / uuuuu.....
5	uu / uu / uuuuu		uu / uu / uuuuu.....
6	uu / uu / uuuuu		uu / uu / uuuuu.....

### III – Identificatie van de adviserend arts:

Datum: uu / uu / uuuuu  
(Handtekening en stempel)

### BIJLAGE B3: Formulier dat de ziekenhuisapotheker ter beschikking houdt van de adviserend arts:

Formulier dat de ziekenhuisapotheker ter beschikking houdt van de adviserend arts, volledig ingevuld door een arts-specialist in gynaecologie-verloskunde, verbonden aan of aangesloten bij een ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma van reproductieve geneeskunde A of B, voorafgaand aan de facturatie van een forfaitaire tussenkomst MBV3 voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van een behandeling van fertiliteitsstoornissen, andere dan in vitro fertilisatie of kunstmatige cyclus, conform artikel 4 van het KB van 6 oktober 2008.

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

--	--	--	--

**II – Te attesteren elementen door een arts-specialist in gynaecologie-verloskunde verantwoordelijk voor de behandeling :**

Ik ondergetekende, arts, arts-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 behandeld wordt in het kader van fertiliteitsstoornissen:

1° Ofwel  Een behandeling voor de stimulatie van de follikelgroei daar de rechthebbende 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  Een behandeling met intra-uteriene inseminatie (IUI). Ik verklaar dat het gaat om een gedocumenteerde onverklaarde infertiliteit of een gedocumenteerde matige subfertiliteit, om endometriose of om cervicale steriliteit.

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 aan de rechthebbende maximum 6 forfaits worden toegestaan voor een behandeling zoals bedoeld onder 1° **en** 6 forfaits voor een behandeling zoals bedoeld onder 2°.

Ik verklaar dat, voor zover mij bekend, dit document overeenkomt met behandeling n°  (maximum 6 behandelingen) 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 behandeling te vermelden waarop de huidige facturatie betrekking heeft.

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

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

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

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

[ 1 ] - [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] (RIZIV nr)

[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

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

VAN KONINGSWEGE:  
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Frank VANDENBROUCKE