

Service des Soins de Santé**Correspondant:** Florence Levêque**Tél:** 02/739.78.08 **Fax:** 02/739 78.67**E-mail:** Florence.leveque@riziv.fgov.be**Nos références:** Circ-hop-2008/29**Bruxelles, le 16/12/2008**

De plus amples précisions au sujet de l'AR du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les spécialités pharmaceutiques utilisées dans les traitements de l'infertilité féminine (instructions de facturation incluses).

Madame, Monsieur,

Le 1^{er} janvier 2009, entrera en vigueur une modification importante du mode de remboursement des spécialités utilisées dans les traitements de l'infertilité féminine. Le forfait relatif aux activités de laboratoire pour la fécondation in vitro qui est intégré dans le budget des moyens financiers (art.74 bis de l'AR du 25 avril 2002) ne subit pas de modification.

Que comprend cette modification ?
--

Cette modification introduit un remboursement forfaitaire pour les spécialités utilisées dans les traitements de l'infertilité féminine suivants :

- fécondation in vitro
- don d'ovocyte (traitement de la receveuse)
- insémination intra-utérine
- stimulation ovarienne

Lorsqu'une bénéficiaire se verra prescrire un de ces traitements/cycles, la facturation des spécialités pharmaceutiques qui lui seront délivrées ne se fera plus à l'unité mais par traitement/cycle, c'est-à-dire sous la forme d'un forfait qui couvre l'ensemble des spécialités pharmaceutiques délivrées **et** qui correspondent à l'une des définitions 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

Cette liste couvre tant les spécialités actuellement remboursables pour ces indications que les spécialités non inscrites sur la liste des spécialités remboursables mais qui correspondent à une des définitions ci-dessus. Cela signifie que les bénéficiaires dont le traitement nécessite des spécialités actuellement payables au comptant et non remboursables ne devront payer à partir du 1^{er} janvier 2009 que l'intervention personnelle prévue dans l'arrêté royal pour l'ensemble du traitement.

Terminologie utilisée dans l'arrêté royal du 6 octobre 2008

- cycle : 1 cycle de traitement pour une fécondation in vitro ou 1 cycle de traitement d'une receveuse d'ovocyte
- traitement : 1 cycle de traitement pour une stimulation ovarienne **ou** 1 cycle de traitement pour insémination intra-utérine

Comment se passe la transition entre les deux réglementations?

L'AR instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine entre en vigueur au 1^{er} janvier 2009. A partir de cette date, pour tout nouveau cycle/traitement à débiter, les autorisations pour le remboursement des forfaits devront être demandées et délivrées selon les dispositions prévues dans l'arrêté. Pour les cycles/traitements en cours au 01.01.2009, la réglementation actuelle restera en vigueur jusqu'à la fin de ces cycles/traitements. A cette fin, les paragraphes correspondants à chaque spécialité (chapitre IV de la liste des spécialités remboursables) ne seront pas supprimés immédiatement (délai de deux mois prévu).

Quels sont les différents forfaits?

Forfait PMA1

Le forfait PMA1 couvre, pour un cycle complet (voir définition ci-dessous), le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre d'une fécondation in vitro, y compris l'ICSI (injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde), réalisée dans un hôpital qui dispose d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction (A ou B), prescrites par un gynécologue attaché à cet hôpital et délivrées dans ce même hôpital.

Le montant total du forfait PMA1 est de **1073 EUROS** ; cette somme couvre donc l'ensemble de la consommation en spécialités définies dans l'arrêté d'une bénéficiaire pour un cycle complet, et ce quelle que soit cette consommation. Ce montant a été calculé sur base d'un traitement standard moyen, de manière à ce que les cycles 'petits consommateurs' et les cycles 'grands consommateurs' s'équilibrent.

Les cycles qui ont été abandonnés en cours, c'est-à-dire les cycles incomplets, ne peuvent pas faire l'objet d'une facturation, ni à l'organisme assureur, ni à la bénéficiaire. Afin de ne pas pénaliser financièrement les hôpitaux, le montant du forfait a été majoré de 7 % (correspondant au pourcentage de cycles abandonnés) pour couvrir le coût de ces cycles non facturables.

De même, les cycles de fécondation in vitro qui ne nécessitent qu'une seule sorte de spécialité, à savoir un inducteur de la rupture folliculaire (c'est-à-dire en cas de cycle spontané), ne peuvent pas faire l'objet d'une facturation. Pour ces bénéficiaires, les spécialités devront être délivrées/facturées dans les mêmes conditions qu'elles le sont actuellement.

Pour un même cycle de fécondation in vitro, un forfait PMA1 n'est jamais cumulable avec un forfait PMA2. Le nombre cumulé de cycles remboursables PMA1 + PMA2 est limité à 6.

Forfait PMA2

Le forfait PMA2 couvre, pour un cycle complet (voir définition ci-dessous), 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 (A ou B), prescrites par un gynécologue attaché à cet hôpital et délivrées dans ce même hôpital.

Le montant total du forfait PMA2 est de **115 EUROS** ; cette somme couvre donc l'ensemble de la consommation en spécialités définies dans l'arrêté d'une bénéficiaire pour un cycle complet, et ce quelle que soit cette consommation. Ce montant a été calculé sur base d'un traitement standard moyen, de manière à ce que les cycles 'petits consommateurs' et les cycles 'grands consommateurs' s'équilibrent.

Les cycles qui ont été abandonnés en cours, c'est-à-dire les cycles incomplets, ne peuvent pas faire l'objet d'une facturation, ni à l'organisme assureur, ni à la bénéficiaire. Afin de ne pas pénaliser financièrement les hôpitaux, le montant du forfait a été majoré de 7 % (correspondant au pourcentage de cycles abandonnés) pour couvrir le coût de ces cycles non facturables.

De même, les cycles artificiels qui ne nécessitent qu'une seule sorte de spécialité, à savoir un inducteur de la rupture folliculaire (c'est-à-dire en cas de cycle spontané), ne peuvent pas faire l'objet d'une facturation. Pour ces bénéficiaires, les spécialités devront être délivrées/facturées dans les mêmes conditions qu'elles le sont actuellement.

Pour un même cycle de fécondation in vitro, un forfait PMA2 n'est jamais cumulable avec un forfait PMA1. Le nombre cumulé de cycles remboursables PMA1 + PMA2 est limité à 6.

Forfait PMA3

1. Insémination intra-utérine

Le forfait PMA3 couvre, pour un traitement complet (voir définition ci-dessous), le coût des spécialités pharmaceutiques prescrites par un gynécologue attaché à un hôpital qui dispose d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction (A ou B), et délivrées dans ce même hôpital, qui sont utilisées dans le cadre d'une insémination intra-utérine, réalisée en hôpital par le gynécologue susvisé.

Le montant total du forfait PMA3 est de **314 EUROS** ; cette somme couvre donc l'ensemble de la consommation en spécialités définies dans l'arrêté d'une bénéficiaire pour un traitement complet, et ce quelle que soit cette consommation. Ce montant a été calculé sur base d'un traitement standard moyen, de manière à ce que les traitements 'petits consommateurs' et les traitements 'grands consommateurs' s'équilibrent.

Les traitements qui ont été abandonnés en cours, c'est-à-dire les traitements incomplets, ne peuvent pas faire l'objet d'une facturation, ni à l'organisme assureur, ni à la bénéficiaire. Aucun pourcentage pour les traitements abandonnés n'a dans ce cas été prévu.

2. Stimulation ovarienne

Le forfait PMA3 couvre, pour un traitement complet (voir définition ci-dessus), le coût des spécialités pharmaceutiques prescrites par un gynécologue attaché à un hôpital qui dispose d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction (A ou B), et délivrées dans ce même hôpital, qui sont utilisées dans le cadre d'un traitement pour la stimulation du développement folliculaire*, réalisée par le gynécologue susvisé.

Le montant total du forfait PMA3 est de **314 EUROS** ; cette somme couvre donc l'ensemble de la consommation en spécialités définies dans l'arrêté d'une bénéficiaire pour un traitement complet, et ce quelle que soit cette consommation. Ce montant a été calculé sur base d'un traitement standard moyen, de manière à ce que les traitements 'petits consommateurs' et les traitements 'grands consommateurs' s'équilibrent.

Les traitements qui ont été abandonnés en cours, c'est-à-dire les traitements incomplets, ne peuvent pas faire l'objet d'une facturation. Aucun pourcentage pour les traitements abandonnés n'a dans ce cas été prévu.

*voir conditions plus précises dans l'AR

Documents

A partir du 01.01.2009, pour tout nouveau cycle ou traitement, une nouvelle demande doit être adressée au médecin-conseil de la mutuelle par le biais des documents A1 ou B1.

Les documents liés aux forfaits **PMA1** et **PMA2** sont les suivants :

- un formulaire de demande A1 pour solliciter l'octroi de 6 forfaits PMA1/PMA2, rédigé par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique à l'attention du médecin conseil ; la distinction entre les deux types de forfaits (FIV/receveuse d'ovocytes) ne doit pas se faire à ce stade-ci
- un formulaire d'autorisation A2 délivré par le médecin-conseil à la bénéficiaire pour 6 cycles PMA1 et PMA2 (sans distinction entre les deux forfaits), qui devra être complété au fur et à mesure de la consommation des cycles par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique
- un formulaire A3 complété par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique et tenu à disposition du médecin conseil par le pharmacien hospitalier ; la distinction entre les deux types de forfaits (FIV/receveuse d'ovocytes) doit se faire à ce stade ; ce formulaire permet au pharmacien hospitalier de facturer le forfait aux organismes assureurs et à la bénéficiaire

Cycles **PMA1/PMA2** : la facturation d'un forfait "spécialités" est liée à la condition que la bénéficiaire se trouve toujours 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 (voir annexe A3). Cela signifie que le nombre de forfaits "spécialités" PMA1 ou PMA2 disponibles pour une bénéficiaire sera toujours égal au nombre de forfaits "activités de laboratoire" restants. Ainsi, une bénéficiaire ayant déjà reçu trois forfaits d'activité de laboratoire auparavant aura droit au remboursement de trois forfaits PMA1 ou PMA2 à partir de 2009.

Les documents liés au forfait **PMA3** sont les suivants :

- un formulaire de demande B1 pour solliciter l'octroi de 6 forfaits PMA3, rédigé par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique à l'attention du médecin conseil ; la distinction entre les deux indications (IIU/stimulation ovarienne) doit dans le cas de ce forfait se faire à ce stade
- un formulaire d'autorisation B2 délivré par le médecin-conseil à la bénéficiaire pour 6 forfaits PMA3 (avec précision de l'indication), qui devra être complété au fur et à mesure de la consommation des traitements par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique
- un formulaire B3 complété par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique et tenu à disposition du médecin conseil par le pharmacien hospitalier ; ce formulaire permet au pharmacien hospitalier de facturer le forfait aux organismes assureurs et à la bénéficiaire

Traitements **PMA3** : pour toute demande introduite à partir du 01.01.2009 via le document B1, chaque bénéficiaire recevra une autorisation pour 6 forfaits PMA3 pour une insémination intra-utérine (IIU) ou 6 forfaits PMA3 pour une stimulation ovarienne. Chaque bénéficiaire peut recevoir au total 6 forfaits "IIU" et 6 forfaits "stimulation ovarienne", chacune de ces deux indications faisant l'objet d'une demande séparée.

Règles de facturation

Qui peut facturer ces forfaits aux organismes assureurs ?

Seuls les hôpitaux disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B sont autorisés à facturer des forfaits PMA1 et PMA2. Le forfait PMA3 peut être facturé par tous les hôpitaux. Un ticket modérateur, dont le montant varie selon le type de forfait (voir plus loin), reste à charge des bénéficiaires.

Quand peut se faire la facturation?

PMA1/PMA2 : Tant à la bénéficiaire qu'aux organismes assureurs, la facturation ne peut se faire que lorsqu'un cycle est complet, c'est-à-dire lorsque:

- la bénéficiaire n'a pas atteint l'âge de 43 ans
- la bénéficiaire n'a pas encore atteint le total de 6 cycles d'activité de laboratoire et 6 cycles (PMA1 ou PMA2) remboursés
- le cycle a été mené à son terme

Ce dernier point exclut de fait la facturation de tout cycle qui a échoué, que ce soit avant ou après le prélèvement d'ovocyte(s). Un cycle complet (ou mené à son terme) est un cycle qui aura donné lieu à une mise en fécondation. Pour une même bénéficiaire, la facturation d'un cycle PMA1/PMA2 sera donc toujours couplée à celle d'une activité de laboratoire (mais elles ne se feront pas nécessairement par le même centre).

PMA3 : Tant à la bénéficiaire qu'aux organismes assureurs, la facturation ne peut se faire que lorsqu'un traitement est complet, c'est-à-dire lorsque:

- la bénéficiaire n'a pas atteint l'âge de 43 ans
- la bénéficiaire n'a pas encore atteint le total de 6 traitements de stimulation ovarienne ou de 6 traitements d'insémination intra-utérine
- le traitement a été mené à son terme

Ce dernier point exclut de fait la facturation de tout traitement qui a échoué. Un traitement complet (ou mené à son terme) est un traitement qui aura donné lieu à une ovulation chez la bénéficiaire (induite ou spontanée).

Quels sont les montants à facturer ?

Les spécialités regroupées sous un forfait ne doivent plus faire l'objet d'une facturation à l'unité. Les montants des forfaits, des honoraires à facturer aux organismes assureurs et des tickets modérateurs sont, au 01.01.2009, les suivants :

	Forfait total	Bénéficiaire normal		Bénéficiaire de l'intervention majorée	
		Intervention OA	Intervention patient (ticket modérateur)	Intervention OA	Intervention patient (ticket modérateur)
PMA1	1073	1018,10	54,90	1036,36	36,64
PMA2	115	104,40	10,60	107,90	7,10
PMA3	314	290,90	23,10	298,66	15,34

Ces tickets modérateurs sont pris en considération pour le calcul du plafond du maximum à facture (MAF).

Quels bénéficiaires sont concernés?

Ces forfaits sont destinés à une facturation pour des bénéficiaires en ambulatoire, c'est-à-dire hors hospitalisation.

En annexe, vous trouverez les adaptations aux instructions de facturation sur support magnétique ou électronique.

Délivrance

Depuis le premier octobre 2006, les gonadotrophines ne sont remboursables que lorsqu'elles sont délivrées via l'officine hospitalière. Afin d'uniformiser la situation pour les différentes spécialités utilisées dans les traitements de l'infertilité féminine, l'ensemble de ces spécialités, définies par l'arrêté, ne sera remboursable que via la délivrance en officine hospitalière lorsqu'elles seront utilisées dans l'un des traitements visés par les forfaits (fécondation in vitro, traitement de la receveuse d'ovocyte, insémination intra-utérine, stimulation ovarienne).

A cette fin, l'arrêté royal du 19 octobre 1978 qui régleme les officines et les dépôts de médicaments dans les établissements de soins sera adapté au 01.01.2009.

Par conséquent :

- toutes les spécialités qui sont définies par l'arrêté et qui sont nécessaires au traitement/cycle de la bénéficiaire devront être délivrées à l'officine hospitalière
- les bénéficiaires ne pourront pas être dirigés vers une officine publique pour se fournir en l'une des spécialités concernées lorsqu'elles rentrent dans les conditions pour une éventuelle facturation par la suite d'un des trois forfaits
- seule l'intervention personnelle prévue par l'arrêté royal pourra être portée en compte à la bénéficiaire pour la délivrance de ces spécialités, et uniquement si un forfait est également facturé à l'organisme assureur

Enregistrement des données

L'arrêté royal du 15 février 1999 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « médecine de la reproduction » doivent répondre pour être agréés prévoit l'enregistrement de données minimales par patient, qui sont décrites en annexe de cet arrêté en fonction du type de centre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder,
Directeur général.

ANNEXE : ADAPTATION DES INSTRUCTIONS DE FACTURATION

Les instructions de facturation ci-jointe seront intégrées dans la prochaine mise à jour des instructions de facturation sur support magnétique ou électronique.

Néanmoins, elles sont applicables à partir de la date de prestation 1/1/2009.

Forfaits médicaments

1. Création de 3 pseudo-codes ambulants dans l'ET 40 Z 4 pour les forfaits PMA1, PMA2 et PMA3.
2. La date de prestation (ET 40 Z 5 = Z 6) est égale à la date de réalisation de l'activité de laboratoire (voir annexe A2) en cas de forfait PMA1 ou PMA2 et est égale à la date de l'induction de l'ovulation (voir annexe B2) en cas de forfait PMA3.
3. Les forfaits PMA1 et PMA2 peuvent uniquement être attestés par un hôpital qui dispose d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B. Ces hôpitaux recevront un numéro d'agrément (numéro de l'hôpital + 140 ou 141) qui doit être mentionné comme lieu de prestation (ET 40 Z 14).
4. L'intervention de l'assurance (ET 40 Z 19) est égale au prix du forfait comme mentionné dans l'art. 2, 3 ou 4 de l'A.R., diminué de l'intervention personnelle prévue dans l'art. 6, 7 ou 8.
5. L'intervention personnelle (ET 40 Z 27) est égale au montant prévu dans l'art. 6, 7 ou 8 de l'AR.
6. Le numéro d'identification du prescripteur (médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique) doit être mentionné dans l'ET 40 Z 24-25.
7. Vu qu'il s'agit d'interventions forfaitaires, aucun numéro de produit ne doit être complété. L'ET 40 Z 40-41 est donc égal à zéro.
8. La date de l'accord du médecin conseil doit être complétée dans l'ET 40 Z 47.

Pour rappel: forfaits labo

Le SPF santé attribue aux hôpitaux avec un programme de soins agréé de médecine de la reproduction B, un montant forfaitaire par « cycle » sous les conditions de l'art. 74bis de l'A.R. du 25 avril 2002. Par « cycle », on entend l'ensemble des activités de laboratoire requises pour l'insémination au moyen de FIV/d'ICSI d'ovules.

Ces forfaits sont payés directement aux hôpitaux par le SPF santé.

Les cycles sont enregistrés sur le fichier de facturation des hôpitaux aux organismes assureurs avec toutes les zones montant égales à zéro (voir pseudo-codes 559812 jusqu'au 559860 dans l'ET 50 Z 4 S 13).

Cet enregistrement continue à exister.

Le compteur du nombre de cycles (max.6) continue à marcher (n'est donc pas mis à zéro au 01/01/2009).

Si 3 cycles sont déjà passés avant le 01/01/2009 par exemple, alors seuls les 3 cycles à venir sont, au plus, attestables. Donc, seuls 3 forfaits médicament, au plus, sont attestables.

Attention :

Vu le fait que des numéros d'agrément spécifiques sont actuellement créés pour les centres de médecine de la reproduction, ces numéros doivent dès lors (pour les prestations à partir du 1/1/2009) également être mentionnés comme lieu de prestation pour les forfaits labo.

L'ET 50 Z 14 S 2 est adapté dans ce sens.

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé

- médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans un autre hôpital aigu:

catégorie SA	-	0756641
catégorie SAg	-	0756663
catégorie SAr	-	0756685
catégorie SB	-	0756700
catégorie SBg	-	0756722
catégorie SBr	-	0756744
catégorie SC	-	0756766
catégorie SCg	-	0756781
catégorie SCr	-	0756803
catégorie SCs	-	0756825
catégorie SCsg	-	0756840
catégorie SCsr	-	0756862
catégorie SCx	-	0756884
catégorie SCxg	-	0756906
catégorie SCxr	-	0756921

- médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans un autre hôpital psychiatrique ou chronique:

catégorie SA	-	0756943
catégorie SAg	-	0756965
catégorie SAr	-	0756980
catégorie SB	-	0757002
catégorie SBg	-	0757024
catégorie SBr	-	0757046
catégorie SC	-	0757061
catégorie SCg	-	0757083
catégorie SCr	-	0757105
catégorie SCs	-	0757120
catégorie SCsg	-	0757142
catégorie SCsr	-	0757164
catégorie SCx	-	0757186
catégorie SCxg	-	0757201
catégorie SCxr	-	0757223

(14. Intervention forfaitaire pour le traitement de l'infertilité féminine

PMA1	0757293
PMA2	0757315
PMA3	0757330

RUBRIQUE : DATE PREMIER JOUR FACTURE

LIBELLE :

- *En cas d'antibiotiques délivrés aux bénéficiaires hospitalisés, qui durant leur séjour ont subi une intervention chirurgicale :*
la date de début de la période d'administration des produits tarifés dans cet enregistrement (ou la date d'administration des produits tarifés dans cet enregistrement);
 - *en cas de forfait-prophylaxie :* date de début de la période péri-opératoire;
- (☞1) Pour les séjours à partir du 1/7/2006, les instructions susmentionnées relatives aux forfaits antibiotiques ne sont plus applicables.
- (☞1) - *en cas de forfait par admission pour les médicaments forfaitarisés (pseudo-code 0756000):*
date d'admission.
Il s'agit de la date d'admission à l'hôpital.
Le forfait médicaments (0756000) ne peut être porté en compte qu'une fois par séjour, à savoir lors de la date d'admission à l'hôpital.
- *pour les autres produits :* la date de début de la période de délivrance ou date de délivrance.
- (☞) **En cas de 0757293 ou de 0757315, cette zone est égale à la date de réalisation de l'activité de laboratoire (voir annexe A2 de l'A.R. du 06/10/2008).**
En cas de 0757330, cette zone est égale à la date de l'induction de l'ovulation (voir annexe B2 de l'A.R. du 06/10/2008).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 17

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : DATE DERNIER JOUR FACTURE

LIBELLE :

- *En cas d'antibiotiques délivrés aux bénéficiaires hospitalisés, qui durant leur séjour ont subi une intervention chirurgicale :*
la date de fin de la période d'administration des produits tarifés dans cet enregistrement (ou la date d'administration des produits tarifés dans cet enregistrement);
 - *en cas de forfait-prophylaxie :* date de fin de la période péri-opératoire;
- (☞1) Pour les séjours à partir du 1/7/2006, les instructions susmentionnées relatives aux forfaits antibiotiques ne sont plus applicables.
- (☞1) - *en cas de forfait par admission pour les médicaments forfaitarisés (pseudo-code 0756000):*
date d'admission;
- *pour les autres produits :* date de fin de la période de délivrance ou date de délivrance.
- (☞) **En cas de 0757293 ou de 0757315, cette zone est égale à la date de réalisation de l'activité de laboratoire (voir annexe A2 de l'A.R. du 06/10/2008).**
En cas de 0757330, cette zone est égale à la date de l'induction de l'ovulation (voir annexe B2 de l'A.R. du 06/10/2008).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 25

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Remarque : Une date de fin doit toujours être mentionnée, même lorsque celle-ci est identique à la date de début.

RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

En cas de journées d'entretien forfaitaires pour dialyse rénale (tant pour patients ambulants qu'hospitalisés), le numéro d'identification du centre de dialyse doit être mentionné dans cette zone.

En cas de journées d'entretien forfaitaires dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour, le numéro d'identification de l'hôpital de prestation doit être mentionné dans cette zone, à l'exception d'une journée d'entretien forfaitaire pour dialyse rénale pour laquelle le numéro du centre de dialyse doit être mentionné.

En cas de médicaments délivrés aux patients qui suivent un traitement de rééducation, ceux-ci peuvent être facturés uniquement par le service de tarification reconnu de l'hôpital responsable de la délivrance. Le numéro de l'hôpital est mentionné dans cette zone.

Pour les factures réalisées par un hôpital pour les patients qui résident en MRS, MRPA ou IHP, le numéro de l'hôpital est mentionné dans cette zone.

Pour les factures avec comme numéro de tiers payant le numéro d'identification d'un office de tarification agréé d'un hôpital, on mentionne ici le numéro de l'hôpital ou s'il n'y a pas d'hôpital, le numéro de l'office de tarification agréé.

(☞) Dans le cas où des forfaits 0757293 ou 0757315 sont attestés, alors le numéro d'agrément du programme de soins de médecine de la reproduction A ou B doit être mentionné dans cette zone (numéro de l'hôpital + 140 ou 141).

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE

LIBELLE :

- (☞ 1) En général : voir art. 95, § 1 et § 3 de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour les bénéficiaires hospitalisés, § 2 a) pour les délivrances aux personnes non hospitalisés et § 2 b) pour les bénéficiaires qui séjournent dans les maisons de repos et de soins.
- (☞ 5) Pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2008, la tarification doit être effectuée sur base du Code Titulaire 1.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 0, alors on applique le régime non préférentiel.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 1, alors on applique le régime préférentiel
- * *Les antibiotiques péri-opératoires administrés aux patients hospitalisés* (voir A.R. du 21/02/1997, modifié par l'A.R. du 18/11/98) : hormis les "situations médicales exceptionnelles", les produits administrés de la catégorie de remboursement B sont remboursés à 25 % de la valeur obtenue diminuant la base de remboursement par le ticket modérateur;
- (☞ 1) Pour les séjours à partir du 1/7/2006, les instructions susmentionnées relatives aux forfaits antibiotiques ne sont plus applicables.
- (☞ 1) Si la zone 4 = 0756000, cette zone est égale au montant du forfait.
Si la zone 4 = 0756022, 0756044; 0756066, 0756081, 0756103, 0756125, 0756140, 0756162, 0756184, 0756206, 0756221, 0756243, 0756265, 0756280 ou 0756302, cette zone est égale à 25% de la base de remboursement du produit concerné (voir art. 95 § 3 de l'A.R. du 21/12/2001).
- (☞) **Si la zone 4 = 0757293, 0757315 ou 0757330, cette zone est égale au prix du forfait comme prévu dans l'art. 2, 3 ou 4 de l'AR du 6/10/2008 (MB 14/10/2008), diminué de l'intervention personnelle prévue dans l'art. 6, 7 ou 8 du même AR.**

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

- * Pour les médicaments délivrés aux patients d'un hôpital chirurgical de jour et aux patients pour lesquels un forfait par jour peut être porté en compte, le montant de l'intervention de l'assurance est calculé selon les règles qui sont d'application pour les patients non hospitalisés.
- * Pour les médicaments non remboursables, l'intervention de l'assurance est 0.
- * Pour les médicaments délivrés aux patients hospitalisés, dans le cadre d'un forfait par jour, dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour (= forfaits avec code hospitalisé), les règles relatives à l'intervention de l'assurance et aux tickets modérateurs des bénéficiaires hospitalisés doivent être appliquées.
- * S'il s'agit d'un enregistrement de détail d'une préparation magistrale (zone 4 = 0750212), alors le contenu de cette zone est égal à zéro.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

LIBELLE :

Cette zone doit être complétée s'il s'agit de médicaments délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés.

(☞) **Pour les 3 pseudo-codes 0757293, 0757315 et 0757330, le prescripteur (médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique) doit être mentionné.**

Cette zone est égale à zéro s'il s'agit de médicaments ou de produits délivrés aux bénéficiaires

(☞1) hospitalisés (ET 40 Z 4 = pseudo-code du point 1, point 6 *, point 8, point 10 ou point 13 ou pseudo-
(☞7) code 0961026 ou 0960304**, 0960385 ou 0960400).

Toutefois, si l'identification du prescripteur est complétée, aucune erreur ne pourra être portée en compte.

Cette zone est également égale à zéro lorsqu'il s'agit de médicaments non remboursables, préparations magistrales ou produits délivrés sans prescription aux patients ambulants (ET 40 Z 4 = 0751015,

(☞7) 0750116, 0960293** ou, 0961015, 0960374 ou 0960396).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

* Ces pseudo-codes sont supprimés pour les séjours à partir du 1/7/2006

(☞7)** supprimés pour les prestations à partir du 1/4/2008

RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT

LIBELLE :

Dans cette zone, la quote-part personnelle réelle et réglementaire effectivement imputée doit être mentionnée.

Cette zone ne doit être utilisée que pour les patients non hospitalisés, les patients d'un hôpital chirurgical de jour, les patients pour lesquels un forfait par jour peut être porté en compte et les patients qui séjournent dans les MRS, MRPA ou IHP.

- (☞ 4) Lorsque l'intervention personnelle réglementaire n'est que partiellement portée en compte, le montant effectivement porté en compte (peut même être égal à zéro) doit être mentionné dans cette zone et la valeur 1 doit être reprise dans la zone 33.
- (☞ 4) L'intervention personnelle réglementaire (ou la partie effectivement portée en compte) doit également être mentionnée dans cette zone lorsqu'elle est (directement) prise en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 128

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 40 zone 19.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

Voir article 2. 1° et 2° a) de l'A.R. du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire maladie et invalidité.

Si la zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072 ou 0750094, alors l'intervention personnelle de la préparation magistrale est indiquée dans cette zone.

Si la zone 4 = 0750212, alors cette zone est égale à zéro.

- (☞ 4) Si la zone 4 = 0755974, alors cette zone est égale à zéro.
- (☞) Pour les médicaments délivrés en ambulatoire aux patients qui séjournent en MSP et les spécialités pharmaceutiques qui ont été utilisées dans une solution pour alimentation parentérale, la zone 27 est égale à zéro. Dans la zone 39, l'intervention personnelle théorique est mentionnée.
- (☞) Si la zone 4 = 0757293, 0757315 ou 0757330, cette zone est égale à l'intervention personnelle prévue dans l'art. 6, 7 ou 8 de l'AR du 6/10/2008 (MB 14/10/2008).

RUBRIQUE : NUMERO DU PRODUIT**LIBELLE :**

Dans ces zones, il y a lieu d'indiquer le code individuel du produit pharmaceutique.

- (☞) Cette zone doit toujours être complétée; excepté lorsqu'il s'agit de préparations magistrales délivrées aux patients ambulants, de forfaits de prophylaxie *, du forfait par admission pour les médicaments (0756000) **et les interventions forfaitaires 0757293, 0757315 et 0757330**. Dans ces cas, la zone doit être mise à zéro.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N - 205**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**1. Médicaments remboursables des catégories A, B, C, Cs et Cx.

Voir l'annexe à l'A.R. du 21 décembre 2001, fixant les conditions d'intervention de l'assurance maladie-invalidité obligatoire dans les frais des prestations pharmaceutiques.

Les mêmes codes sont utilisés pour les médicaments délivrés aux patients hospitalisés (unités précédées d'un double astérisque (**)), et pour les médicaments délivrés aux patients ambulants, aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A. et I.H.P. et aux patients pour lesquels un forfait pour journée d'entretien peut être porté en compte (unités précédées d'un astérisque(*)).

2. Médicaments non remboursables et autres délivrances non remboursables.

Voir codification de l'A.P.B.. Cependant, lorsque le code INAMI existe, celui-ci doit alors être mentionné.

Les médicaments non remboursables qui proviennent de l'étranger et pour lesquels il n'existe pas de code dans la publication de l'A.P.B. sont repris individuellement sous le pseudo-code nomenclature 07799984.

Les médicaments non remboursables qui proviennent du pays et pour lesquels il n'existe pas de code A.P.B. doivent être mentionnés sous le pseudo-code nomenclature 07799992.

Les délivrances non remboursables, autres que des médicaments - spécialités, pour lesquelles il n'existe aucun code A.P.B., doivent être mentionnées sous le pseudo-code 07799976.

Pour la médication chimiothérapeutique qui tombe sous le ATC-code L01, pour laquelle un maxi-forfait peut être facturé et pour laquelle aucun code CNK n'existe, le pseudo-code CNK 07799984 ou 07799992 doit être mentionné selon qu'il s'agit d'un produit belge ou étranger.

Lors de l'utilisation des pseudo-codes 07799984, 07799992 et 07799976, le libellé du produit concerné doit être mentionné dans les zones 42 à 45.

Remarque : L'utilisation des pseudo-codes 07799984, 07799992 et 07799976 doit être limitée à 1 % maximum du chiffre d'affaires annuel.

- (☞ 1) * supprimés pour les séjours à partir du 1/7/2006

RUBRIQUE : DATE DE L'ACCORD PRESTATION

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 47.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 262

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

- (☞1) Pour les médicaments qui entrent dans le cadre de la forfaitarisation, aucun accord du médecin conseil n'est nécessaire et cette zone est égale à zéro.
- (☞) Pour les pseudo-codes **0757293, 0757315, 0757330**, la date de l'accord du médecin conseil doit être complétée.

Kinésithérapie

Les prestations de kinésithérapie effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés et dispensées à des bénéficiaires atteints d'une des affections visées à l'article 7, 3ème alinéa, c), de l'arrêté royal du 23 mars 1982 doivent être attestées, à partir du 1/5/1999, sous les codes prévus à l'article 7, § 1^{er}, 2°, V de la nomenclature des prestations de santé,

à l'exception des cas où le bénéficiaire se trouve dans une des situations prévues :

à l'article 7, § 12	→	utilisation des codes prévus à l'article 7, § 1 ^{er} , 3°
à l'article 7, § 13	→	utilisation des codes prévus à l'article 7, § 1 ^{er} , 4°

de la nomenclature susmentionnée.

Fécondation in vitro

A partir du 1er juillet 2003, l'ensemble des activités de laboratoire requises pour l'insémination au moyen de FIV/d'ICSI d'ovules sont enregistrées sous les pseudo-codes nomenclature suivants :

1 ^{er} cycle	0559812	0559823
2 ^{ème} cycle	0559834	0559845
3 ^{ème} cycle et suivants	0559856	0559860

Il s'agit uniquement de la mention du nombre de cas, toutes les zones "montant" sont égales à zéro.

(☞) **L'AR du 6/10/2008 (MB 14/10/2008) (forfaits médicaments PMA1, PMA2 et PMA3) n'a pas d'influence sur le compteur du nombre de cycles. Le compteur continue à marcher (n'est donc pas mis à zéro au 1/1/2009).**

(☞ 8) Montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'un SMUR belge sur le territoire français dans le cadre de la convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente

0793553

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 2

- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière ou des honoraires forfaitaires de disponibilité pour la continuité des soins dans les services d'urgence et de soins intensifs;
 - s'il s'agit d'une quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales;
 - s'il s'agit de suppléments pour des produits ou prestations non remboursables par l'AMI (codes 0960XXX) ;
 - s'il s'agit d'alimentation parentérale à domicile.
- * Le numéro d'identification du centre agréé pour la rééducation cardiaque;
 - s'il s'agit de prestations de rééducation pour patients cardiaques (0771201, 0771212, 0771223).
 - * Le numéro d'identification de la maison médicale
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans une maison médicale.
 - * Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation de défibrillateurs cardiaques ;
(☞ 5) - s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes
 - (☞ 8) * En cas de facturation du stimulateur du nerf vague (0684810-0684821, 0684832-0684843), le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire doit être mentionné dans cette zone.
 - * S'il s'agit de prestations liées à une prestation de base pour laquelle la mention d'un lieu spécifique de prestation est exigée, pour cette prestation, le lieu de prestation de la prestation de base doit alors être mentionné (ex. honoraires supplémentaires, suppléments d'accréditation, honoraires pour soins d'urgence,...).
Si la prestation relative est complétée, le lieu de prestation doit alors correspondre au lieu de prestation de la prestation de base qui est mentionnée comme prestation relative.
(☞) Par exemple matériel de consommation et des implants (art. 35 et 35bis).
 - (☞ 8) * S'il s'agit d'un déplacement d'un patient, le numéro d'identification de l'hôpital qui facture doit alors être mentionné dans cette zone (par exemple en cas de pseudo-code 793553).
 - * S'il s'agit de prestations de fécondation in vitro (zone 4 = 0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860), le numéro d'identification du laboratoire de l'hôpital doit alors être mentionné dans cette zone.
 - (☞) **Pour les prestations à partir du 1/1/2009, le numéro d'agrément du centre de médecine de reproduction B (numéro de l'hôpital + 141) doit être mentionné.**
 - (☞ 4) * S'il s'agit des frais de déplacement des médecins (0109911, 0109955, 0109970), cette zone est égale à zéro.
 - * Dans tous les autres cas que ceux mentionnés ci-dessus, cette zone est mise à zéro.

Remarques :

- Dans le cas où plusieurs des conditions se présentent simultanément, l'ordre d'importance suivant est respecté :
 1. laboratoire, service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de dialyse;
 2. centre de rééducation;
 3. établissement hospitalier.
- Dans le cas où la facture est établie par un centre de rééducation, la hiérarchie suivante doit être respectée :
 1. laboratoire, service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de dialyse;
 2. établissement hospitalier;
 3. centre de rééducation.

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

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

ALBERT II, Koning der Belgen,

ALBERT II, Roi des Belges,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

A tous, présents et à venir, Salut.

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

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

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

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

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 18 juni 2008;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 18 juin 2008 ;

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

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

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

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

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

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ:

NOUS AVONS ARRETE ET ARRETONS:

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

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

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

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

2° zorgprogramma "reproductieve geneeskunde" het zorgprogramma zoals gedefinieerd in artikel 2, 1ste §, 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;

2° programme de soins " médecine de la reproduction " le programme de soins défini à l'article 2, § 1er, 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° 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;

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° 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;

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 1er, 26°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

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

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

6° aangesloten gynaecoloog: de geneesheer bedoeld

6° gynécologue affilié : le médecin visé l'article 1er, 3°, de

onder punt 3° van artikel 1 van het koninklijk besluit van 15 september 2006;

l'arrêté royal du 15 septembre 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;

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;

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

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

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;

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° 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;

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° MBV: medisch begeleide voortplanting.

12° PMA: procréation médicalement assistée.

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) inclus, gerealiseerd in een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde, voorgeschreven door een aan dit ziekenhuis verbonden gynaecoloog en afgeleverd in dit ziekenhuis.

Art. 2. Un forfait PMA1 de 1073 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.

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.

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 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.

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.

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.

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

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.

Op het ogenblik van de facturatie van elk forfait MBV2 valt 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,

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.

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, 7° 2) ni aucune des spécialités pharmaceutiques définies à l'article 1, 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 normogonadotrophique, 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,

- 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 sterilitéit 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.

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

- 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 inexplicée, d'endométriose 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,

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, § 1er 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

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 op 6 oktober 2008.

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, 7° qui seraient utilisées pour des cycles ou des traitements abandonnés.

Art. 10. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er 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.

VAN KONINGSWEGE:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

PAR LE ROI :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Laurette ONKELINX

Laurette 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).

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.

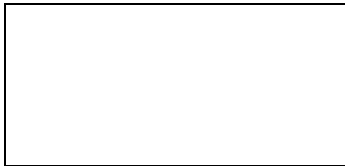
III – Identificatie van de geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde (naam, voornaam, adres, RIZIV N°) :

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV nr)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)

BIJLAGE B2: Toelatingsformulier afgeleverd door de adviserend geneesheer aan de rechthebbende:

Formulier afgeleverd door de adviserend geneesheer 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 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 – 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 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 vrouwelijke infertiliteit, een beperkte endometriose of cervicale steriliteit, of een gedocumenteerde mannelijke matige subfertiliteit.

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.

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 geneesheer-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 geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde verantwoordelijk voor de behandeling	Datum en handtekening
1	uu / uu / uuuu		uu / uu / uuuu.....
2	uu / uu / uuuu		uu / uu / uuuu.....
3	uu / uu / uuuu		uu / uu / uuuu.....
4	uu / uu / uuuu		uu / uu / uuuu.....
5	uu / uu / uuuu		uu / uu / uuuu.....
6	uu / uu / uuuu		uu / uu / uuuu.....

III – Identificatie van de adviserend geneesheer:

Datum: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (Handtekening en stempel)
--

BIJLAGE B3: Formulier 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 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) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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 patiënte 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 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 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 vervuldigd, 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 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)

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

VAN KONINGSWEGE:
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Laurette 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) :

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.

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 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.

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) :

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(nom)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

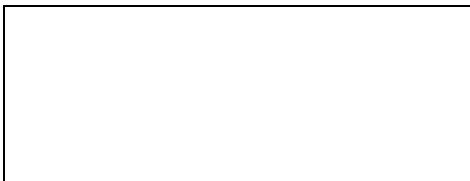
(prénom)

1-XXXXXXXX-XX-XXXX

(N° INAMI)

XX / XX / XXXX

(DATE)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

ANNEXE B2 : 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 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 de la bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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 patiente mentionnée 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 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.

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

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.

2° Soit traitement par insémination intra-utérine 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.

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

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.

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 la 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 la bénéficiaire visée ci-dessus.

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

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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(nom)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(prénom)

1-XXXXXXXX-XX-XXXX

(N° INAMI)

XX / XX / XXXXX

(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

PAR LE ROI :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Laurette ONKELINX