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 – Elément 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)