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.
<u>OF</u>
☐ 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.
<u>OF</u>
☐ 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° **<u>en</u>** 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)