ANNEXE B1 : Modèle de formulaire de demande destiné au médecin-conseil:
Formulaire destiné au médecin-conseil pour solliciter l'octroi de 6 forfaits PMA3 pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre d'un traitement des troubles de la fertilité, autre qu'une fécondation in vitro ou qu'un cycle artificiel, prescrites par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique attaché ou affilié à un hôpital disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B.

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

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

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

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

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

En outre :

☐ J'atteste qu'un traitement préalable par le citrate de clomifène s'est montré inefficace, **soit** par une absence d'ovulation dans les 10 jours après la fin d'un traitement de 5 jours avec le citrate de clomifène administré à la dose de 150 mg par jour, **soit**, en cas d'ovulations obtenues par l'administration de citrate de clomifène, par une absence de grossesse après au moins 4 cycles menstruels traités, **soit** lorsque le traitement par citrate de clomifène s'accompagne d'une insuffisance de maturation de l'endomètre (endomètre de moins de 6 mm d'épaisseur en fin de stimulation) dans deux cycles successifs.

OU

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

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

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

En outre :

☐ J'atteste qu'un traitement préalable par le citrate de clomifène s'est montré inefficace, **soit** par une absence d'ovulation dans les 10 jours après la fin d'un traitement de 5 jours avec le citrate de clomifène administré à la dose de 150 mg par jour, **soit**, en cas d'ovulations obtenues par l'administration de citrate de clomifène, par une absence de grossesse après au moins 4 cycles menstruels traités, **soit** lorsque le traitement par citrate de clomifène s'accompagne d'une insuffisance de maturation de l'endomètre (endomètre de moins de 6 mm d'épaisseur en fin de stimulation) dans deux cycles successifs.

Ou

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

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

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

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

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

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (nom)

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (prénom)

1-⊔⊔⊔⊔⊔-⊔⊔-⊔⊔⊔ (N° INAMI)

⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (DATE)

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