BIJLAGE A3: Model dat de ziekenhuisapotheker ter beschikking houdt van de adviserend arts:
Formulier dat de ziekenhuisapotheker ter beschikking houdt van de adviserend arts, volledig ingevuld door een arts-specialist in gynaecologie-verloskunde, verbonden aan een ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma van reproductieve geneeskunde A of B, voorafgaand aan de facturatie van een forfaitaire tussenkomst MBV1 voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van in vitro fertilisaties conform artikel 2 van het KB van 6 oktober 2008 of MBV2 indien ze worden gebruikt voor een ontvanger van (een) ovocyt(en) (kunstmatige cyclus) in het kader van donaties van (een) ovocyt(en) conform artikel 3 van het KB van 6 oktober 2008 en voorafgaand aan de realisatie van de laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie) van eicellen voor de betrokken cyclus.

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Ik ondergetekende, arts, arts-specialist in de gynaecologie-verloskunde, verbonden aan een ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma van reproductieve geneeskunde A of B met volgende coördinaten:
Naam:……..
Adres:……..
……..
verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende wordt behandeld:

☐ ofwel: (MBV1) in het kader van een cyclus in vitro fertilisatie die beantwoordt aan de voorwaarden zoals gedefinieerd in artikel 2 van het KB van 6 oktober 2008.

☐ ofwel: (MBV2) als ontvanger in het kader van een donatie van (een) ovocyt(en) (kunstmatige cyclus) die beantwoordt aan de voorwaarden zoals gedefinieerd in artikel 3 van het KB van 6 oktober 2008.

Ik ben ervan op de hoogte dat de toekenning van een forfaitaire tussenkomst voor deze behandelingen beperkt is, éénmaal in het leven van de rechthebbende, tot een maximum van 6 cycli per rechthebbende, en dat het aantal forfaits voor de laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI van eicellen beperkt is tot 6 per rechthebbende.

Ik verklaar dat, voor zover mij bekend, dit document overeenkomt met de volledige cyclus n° ☐ (maximum 6 cycli) voor de rechthebbende hierboven vermeld. Ik verklaar de toelating te hebben vervolledigd, die werd afgeleverd aan de rechthebbende voor de toekenning van 6 forfaits, door de betreffende cyclus te vermelden waarop de huidige facturatie betrekking heeft.

Bijgevolg voldoet de rechthebbende aan de vereiste voorwaarden om te genieten van de laboratoriumactiviteiten die vereist zijn in het kader van haar behandeling, conform artikel 74 bis van het KB van 25 april 2002.
Deze activiteiten zullen gerealiseerd worden in volgend ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma van reproductieve geneeskunde B (enkel in te vullen indien de coördinaten verschillen met deze zoals vermeld hierboven):
Naam:……..
Adres:……..
……..
Ik verbind me ertoe een kopie van dit document aan het hierboven vermeld ziekenhuis te bezorgen.

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV nr)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

(stempel) ..... (handtekening van de arts)