BIJLAGE B1: Model van aanvraagformulier bestemd voor de adviserend geneesheer:
Formulier bestemd voor de adviserend geneesheer voor aanvraag van 6 forfaits MBV3 voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van een behandeling van fertiliteitsstoornissen andere dan in vitro fertilisatie of een kunstmatige cyclus en 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 – 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 of aangesloten bij een ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma van reproductieve geneeskunde A of B met volgende coördinaten:
Naam:.....
Adres:.....
.....
vraag voor de hierboven vermelde rechthebbende de toekenning van een forfaitaire tussenkomst voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt voor elk van de 6 toegelaten behandelingen in het kader van een behandeling fertiliteitsstoornissen 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. 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°) :

(stempel) ..... (handtekening van de geneesheer)