

Dienst voor geneeskundige verzorging

Correspondent: Ellen Vanhaeren

Tel.: 02/739.78.28 **Fax:** 02/739 78.67

E-Mail: Ellen.vanhaeren@riziv.fgov.be

Onze Referte: Omz-zh-2008-29

Brussel, 16/12/2008

Enkele verduidelijkingen van het KB van 6 oktober 2008 dat de forfaitaire vergoeding instelt van de farmaceutische specialiteiten gebruikt bij behandelingen van vrouwelijke onvruchtbaarheid (met inbegrip van factureringsinstructies).

Mevrouw, mijnheer,

Op 1 januari 2009 zal een belangrijke wijziging in werking treden van de manier van terugbetalen van de specialiteiten gebruikt bij de behandelingen van vrouwelijke onvruchtbaarheid. Aan het forfait met betrekking tot de laboratoriumactiviteit voor de in vitro fertilisatie, dat geïntegreerd is in het budget van de financiële middelen (art.74 bis van het KB van 25 april 2002) wijzigt niets.

Wat wijzigt er ?

Deze wijziging introduceert een forfaitaire vergoeding voor de specialiteiten gebruikt bij de volgende behandelingen van vrouwelijke onvruchtbaarheid :

- in vitro fertilisatie
- ovocyten donatie (behandeling van de ontvangster)
- intra-uteriene inseminatie
- ovariële stimulatie

Wanneer aan een rechthebbende één van deze cycli/behandelingen zal worden voorgeschreven zal de facturatie van de aan haar afgeleverde specialiteiten niet meer per stuk gebeuren maar per cyclus/behandeling, dit wil zeggen onder de vorm van een forfait die het geheel aan afgeleverde farmaceutische specialiteiten dekt die tot één van volgende categorieën behoren:

- 1/ farmaceutische specialiteiten die de follikelruptuur induceren
- 2/ farmaceutische specialiteiten die de folliculaire groei stimuleren volgens een gonadotroop mechanisme,
- 3/ farmaceutische specialiteiten met een LHRH agonistische **of** antagonistische werking die inwerken op de hypofyse

Deze lijst dekt zowel de actueel terugbetaalde specialiteiten voor deze indicaties als deze die niet ingeschreven zijn op de lijst van vergoedbare specialiteiten maar dewelke wel aan één van de hierboven vermelde definities voldoen. Dit wil zeggen dat rechthebbenden, waarvoor de behandeling specialiteiten vereist die actueel niet terugbetaald worden en volledig te betalen zijn, vanaf 1 januari 2009 enkel het persoonlijk aandeel voorzien in het koninklijk besluit voor het geheel van de behandeling zullen moeten betalen.

Gebruikte terminologie in het koninklijk besluit van 6 oktober 2008

- cyclus : 1 behandelingscyclus voor een in vitro fertilisatie of 1 behandelingscyclus van een ontvangster van ovocyten
- behandeling: 1 behandelingscyclus voor een ovariële stimulatie of 1 behandelingscyclus voor een intra-uteriene inseminatie

Hoe gebeurt de overgang tussen de twee reglementeringen?

Het KB dat de forfaitaire vergoeding instelt van de vrouwelijke onvruchtbaarheid gaat in werking op 1 januari 2009. Vanaf deze datum zullen, voor elke nieuwe te beginnen cyclus/behandeling, de toelatingen voor de vergoeding van de forfaits moeten worden aangevraagd en afgeleverd volgens de bepalingen zoals voorzien in het besluit. Voor de op 01.01.2009 lopende cycli/behandelingen blijft de huidige reglementering in werking tot op het einde van deze cycli/behandelingen. Om deze reden worden de paragrafen van de betrokken specialiteiten (hoofdstuk IV van de lijst van vergoedbare specialiteiten) niet onmiddellijk geschrapt (voorzien termijn is 2 maanden).

Welke zijn de verschillende forfaits?

Forfait MBV1

Het forfait MBV1 dekt, voor een volledige cyclus (zie definitie hieronder), de kost voor de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van een in vitro fertilisatie, ICSI inbegrepen (intra-cytoplasmatische sperma injectie), gerealiseerd in een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde (A of B), voorgeschreven door een geneesheer specialist in de gynaecologie verbonden aan dit ziekenhuis en afgeleverd in dit ziekenhuis.

Het totaal bedrag van het forfait bedraagt **1073 euro**; deze som dekt dus het geheel aan verbruikte specialiteiten, zoals gedefinieerd in het besluit, bij een rechthebbende voor een volledige cyclus, onafhankelijk van de verbruikte hoeveelheden. Dit bedrag werd berekend op basis van een gemiddelde standaardbehandeling, zodanig dat cycli van 'kleine verbruikers' en cycli van 'grote verbruikers' elkaar in evenwicht houden.

De lopende cycli die worden afgebroken, dit wil zeggen de onvolledige cycli, worden niet gefactureerd, noch aan de verzekeringsinstelling, noch aan de rechthebbende. Teneinde de ziekenhuizen financieel niet te penaliseren, werd het bedrag van het forfait verhoogd met 7% (wat overeenkomt met het percentage afgebroken cycli) om de kost te dekken van deze niet gefactureerde cycli.

Ook de in vitro fertilisatie cycli die één soort van specialiteit vereisen, tzt farmaceutische specialiteiten die de follikelruptuur induceren (in geval van een spontane cyclus) mogen niet gefactureerd worden. Voor deze rechthebbenden zullen de specialiteiten worden afgeleverd/gefactureerd volgens dezelfde voorwaarden als ervoor.

Voor één in vitro fertilisatie cyclus is een forfait MBV1 nooit cumuleerbaar met een forfait MBV2. Het cumuleerbaar aantal vergoedbare cycli MBV1 en MBV2 is gelimiteerd tot 6.

Forfait MBV2

Het forfait MBV2 dekt, voor een volledige cyclus (zie definitie hieronder), de kost voor de farmaceutische specialiteiten gebruikt bij een ontvangster van ovocyten (kunstmatige cyclus) in het kader van een ovocytendonatie, gerealiseerd in een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde (A of B), voorgeschreven door een geneesheer specialist in de gynaecologie verbonden aan dit ziekenhuis en afgeleverd in dit ziekenhuis.

Het totaal bedrag van het forfait MBV2 bedraagt **115 euro**; deze som dekt dus het geheel aan verbruikte specialiteiten, zoals gedefinieerd in het besluit, bij een rechthebbende voor een volledige cyclus, onafhankelijk van de verbruikte hoeveelheden. Dit bedrag werd berekend op basis van een gemiddelde standaardbehandeling, zodanig dat cycli van 'kleine verbruikers' en cycli van 'grote verbruikers' elkaar in evenwicht houden.

De lopende cycli die worden afgebroken, dit wil zeggen de onvolledige cycli, worden niet gefactureerd, noch aan de verzekeringsinstelling, noch aan de rechthebbende. Teneinde de ziekenhuizen financieel niet te penaliseren, werd het bedrag van het forfait verhoogd met 7% (wat overeenkomt met het percentage afgebroken cycli) om de kost te dekken van deze niet gefactureerde cycli.

Ook de in vitro fertilisatie cycli die één soort van specialiteit vereisen, tzt farmaceutische specialiteiten die de follikelruptuur induceren (in geval van een spontane cyclus) mogen niet gefactureerd worden. Voor deze rechthebbenden zullen de specialiteiten worden afgeleverd/gefactureerd volgens dezelfde voorwaarden als ervoor.

Voor één in vitro fertilisatie cyclus is een forfait MBV2 nooit cumuleerbaar met een forfait MBV1. Het cumuleerbaar aantal vergoedbare cycli MBV1 en MBV2 is gelimiteerd tot 6.

Forfait MBV3

1. Intra-uteriene inseminatie

Het forfait MBV3 dekt, voor een volledige behandeling (zie definitie hieronder), de kost voor de farmaceutische specialiteiten, voorgeschreven door een geneesheer specialist in de gynaecologie verbonden aan een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde (A of B), en afgeleverd in dit ziekenhuis, die gebruikt worden in het kader van een intra-uteriene inseminatie, gerealiseerd in het ziekenhuis door de hierboven vermelde gynaecoloog.

Het totaal bedrag van het forfait MBV3 bedraagt **314 euro**; deze som dekt dus het geheel aan verbruikte specialiteiten, zoals gedefinieerd in het besluit, bij een rechthebbende voor een volledige behandeling, onafhankelijk van de verbruikte hoeveelheden. Dit bedrag werd berekend op basis van een gemiddelde standaardbehandeling, zodanig dat behandelingen van 'kleine verbruikers' en behandelingen van 'grote verbruikers' elkaar in evenwicht houden.

De lopende behandelingen die worden afgebroken, dit wil zeggen de onvolledige behandelingen, worden niet gefactureerd, noch aan de verzekeringsinstelling, noch aan de rechthebbende. In dit geval werd geen rekening gehouden met een percentage afgebroken behandelingen.

2. Ovariële stimulatie

Het forfait MBV3 dekt, voor een volledige behandeling (zie definitie hieronder), de kost voor de farmaceutische specialiteiten, voorgeschreven door een geneesheer specialist in de gynaecologie verbonden aan een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde (A of B), en afgeleverd in dit ziekenhuis, die gebruikt worden in het kader van een behandeling voor de stimulatie van de folliculaire ontwikkeling*, gerealiseerd in het ziekenhuis door de hierboven vermelde gynaecoloog.

Het totaal bedrag van de forfait MBV3 bedraagt **314 euro**; deze som dekt dus het geheel aan verbruikte specialiteiten, zoals gedefinieerd in het besluit, bij een rechthebbende voor een volledige behandeling, onafhankelijk van de verbruikte hoeveelheden. Dit bedrag werd berekend op basis van een gemiddelde standaardbehandeling, zodanig dat behandelingen van 'kleine verbruikers' en behandelingen van 'grote verbruikers' elkaar in evenwicht houden.

De lopende behandelingen die worden afgebroken, dit wil zeggen de onvolledige behandelingen, worden niet gefactureerd, noch aan de verzekeringsinstelling, noch aan de rechthebbende. In dit geval werd geen rekening gehouden met een percentage afgebroken behandelingen.

* voor duidelijke voorwaarden: zie KB

Documenten

Vanaf 01.01.2009 dient voor elke nieuwe cyclus of behandeling een nieuwe aanvraag te gebeuren aan de adviserend geneesheer van de mutualiteit aan de hand van de formulieren A1 of B1.

De aan de forfaits **MBV1** en **MBV2** verbonden formulieren zijn de volgende:

- een aanvraagformulier A1 om de toelating voor 6 forfaits MBV1/MBV2 te bekomen, opgesteld door een geneesheer specialist in de gynaecologie-obstetrie ter attentie van de adviserend geneesheer; het onderscheid tussen beide types forfaits (IVF/ovocyten ontvangster) dient nog niet in dit stadium te gebeuren
- een toelatingsformulier A2 afgeleverd door de adviserend geneesheer aan de rechthebbende voor 6 cycli MBV1 en MBV2 (geen onderscheid tussen beide forfaits), dat geleidelijk aan zal worden ingevuld door een geneesheer specialist in de gynaecologie-obstetrie naargelang het doorlopen van volledige cycli
- een formulier A3 ingevuld door een geneesheer specialist in de gynaecologie-obstetrie en ter beschikking gehouden van de adviserend geneesheer door de ziekenhuisapotheker; het onderscheid tussen beide forfaits (IVF/ovocyten ontvangster) dient te gebeuren op dit ogenblik: het formulier laat toe aan de ziekenhuisapotheker om de forfaits te factureren aan de verzekeringsinstellingen en aan de rechthebbende

Cycli **MBV1/MBV2**: de facturatie van een forfait 'specialiteiten' is verbonden aan de voorwaarde dat de rechthebbende voldoet 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 (zie bijlage A3). Dit betekent dat het aantal beschikbare forfaits 'specialiteiten' MBV1 of MBV2 voor een rechthebbende steeds gelijk is aan het aantal overblijvende forfaits 'laboratoriumactiviteit'. Concreet betekent dit dat wanneer een rechthebbende bijvoorbeeld reeds 3 laboratoriumforfaits heeft gekregen volgens de huidige reglementering, zij nog recht heeft op 3 forfaits MBV1 of MBV2 vanaf 2009.

De aan het forfait **MBV3** verbonden formulieren zijn de volgende:

- een aanvraagformulier B1 om de toelating voor 6 forfaits MBV3 te bekomen, opgesteld door een geneesheer specialist in de gynaecologie-obstetrie ter attentie van de adviserend geneesheer; het onderscheid tussen beide indicaties (IUI/ovariële stimulatie) dient nog niet in dit stadium te gebeuren
- een toelatingsformulier B2 afgeleverd door de adviserend geneesheer aan de rechthebbende voor 6 forfaits MBV3 (met precisering van de indicatie), dat geleidelijk aan zal worden ingevuld door een geneesheer specialist in de gynaecologie-obstetrie naargelang het doorlopen van de behandelingen
- een formulier B3 ingevuld door een geneesheer specialist in de gynaecologie-obstetrie en ter beschikking gehouden van de adviserend geneesheer door de ziekenhuisapotheker; het onderscheid tussen beide forfaits (IVF/ovocyten ontvangster) dient te gebeuren op dit ogenblik: het formulier laat toe aan de ziekenhuisapotheker om de forfaits te factureren aan de verzekeringsinstellingen en aan de rechthebbende

Behandelingen **MBV3**: voor elke aanvraag vanaf 01.01.2009 via het document B1, krijgt elke rechthebbende 6 forfaits MBV3 voor een intra-uteriene inseminatie (IUI) of 6 forfaits MBV3 voor ovariële stimulatie. Elke rechthebbende heeft in totaal recht op 6 forfaits "IUI" en 6 forfaits "ovariële stimulatie", waarbij voor elke van beide indicaties een aparte aanvraag moet worden ingediend.

Facturatieregels

Wie mag deze forfaits aanrekenen aan de verzekeringsinstellingen?

De facturatie gebeurt rechtstreeks aan de verzekeringsinstellingen. Enkel de ziekenhuizen met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde (A of B) kunnen forfaits MBV1 en MBV2 factureren. Het forfait MBV3 kan worden gefactureerd door alle ziekenhuizen. Het remgeld, waarvan het bedrag varieert naargelang het forfait (zie verder) blijft ten laste van de rechthebbenden.

Wanneer mag de facturatie gebeuren?

MBV1/MBV2: zowel aan de rechthebbende als aan de verzekeringsinstelling gebeurt de facturatie in geval van een volledige cyclus, wat wil zeggen:

- de rechthebbende heeft de leeftijd van 43 jaar nog niet bereikt
- de rechthebbende heeft het totaal aantal van 6 vergoedbare laboratoriumcycli en 6 vergoedbare cycli (MBV1 en MBV2) nog niet bereikt
- de cyclus is doorlopen tot op het einde

Dit laatste punt sluit de facturatie uit van elke voortijdig gestopte cyclus, of dit nu voor of na de afname van de ovocyten gebeurt. Een volledige cyclus is een cyclus die aanleiding heeft gegeven tot een in vitro fertilisatie. Voor eenzelfde rechthebbende zal de facturatie van een forfait MBV1/MBV2 steeds gekoppeld zijn aan een laboratoriumactiviteit (hoewel ze niet noodzakelijk in hetzelfde centrum worden uitgevoerd).

MBV3 : zowel aan de rechthebbende als aan de verzekeringsinstelling gebeurt de facturatie in geval van een volledige cyclus, wat wil zeggen:

- de rechthebbende heeft de leeftijd van 43 jaar nog niet bereikt
- de rechthebbende heeft het totaal aantal van 6 behandelingen van ovariële stimulatie of 6 behandelingen van intra-uteriene inseminatie nog niet bereikt
- de behandeling is doorlopen tot op het einde

Dit laatste punt sluit de facturatie van elke voortijdig gestopte behandeling uit. Een volledige behandeling is een behandeling die aanleiding heeft gegeven tot een ovulatie bij de rechthebbende (geïnduceerd of spontaan).

Welke zijn de te factureren bedragen?

De onder een forfait gegroepede specialiteiten zijn geen onderwerp meer van een facturatie per eenheid. De bedragen van de forfaits, de honoraria te factureren aan de verzekeringsinstellingen en de remgelden zijn vanaf 01.01.2009 de volgende:

	Totaal forfait	Normale rechthebbende		Preferentieel verzekerde rechthebbende	
		Tussenkost VI	Tussenkost patiënt (remgeld)	Tussenkost VI	Tussenkost patiënt (remgeld)
MBV1	1073	1018,10	54,90	1036,36	36,64
MBV2	115	104,40	10,60	107,90	7,10
MBV3	314	290,90	23,10	298,66	15,34

Deze remgelden worden in rekening gebracht voor de berekening van het plafond van de maximumfactuur (MAF).

Wie zijn de betrokken rechthebbenden?

Deze forfaits zijn bestemd voor facturatie voor ambulante rechthebbenden, dit wil zeggen niet gehospitaliseerden.

Als bijlage vindt u de aanpassingen aan de instructies voor de facturatie via magnetische of elektronische drager.

Aflevering

Sinds 1 oktober 2006 zijn de gonadotrofines enkel terugbetaald indien zij worden afgeleverd in de ziekenhuisofficina. Teneinde de situatie te uniformiseren voor de verschillende specialiteiten gebruikt bij de behandeling van vrouwelijke onvruchtbaarheid, zal het geheel aan specialiteiten, gedefinieerd in het besluit, slechts worden terugbetaald indien zij worden afgeleverd in de ziekenhuisofficina indien zij worden gebruikt in één van de door de forfaits gedekte behandelingen (in vitro fertilisatie, behandeling van een ontvangster van ovocytten, intra-uteriene inseminatie, ovariële stimulatie).

Bijgevolg zal het koninklijk besluit van 19 oktober 1978 houdende regelen betreffende de officina's en de geneesmiddelendepots in de verzorgingsinrichtingen worden gewijzigd op 01.01.2009.

Bijgevolg:

- alle specialiteiten gedefinieerd volgens het KB en die nodig zijn voor de behandeling/cyclus van de rechthebbende moeten afgeleverd worden in de ziekenhuisofficina
- de rechthebbenden mogen niet naar een open officina gestuurd worden om zich te voorzien in één van de betreffende specialiteiten indien zij voldoen aan de voorwaarden voor een eventuele facturatie achteraf van één van de drie forfaits
- enkel de persoonlijke tussenkomst zoals voorzien in het KB mag ten laste worden gelegd aan de rechthebbende voor de aflevering van deze specialiteiten, en enkel en alleen indien eveneens een forfait wordt gefactureerd aan de verzekeringsinstelling

Registratie van gegevens

Het Koninklijk besluit van 15 februari 1999 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "reproductieve geneeskunde" moeten voldoen om erkend te worden, voorziet de minimaal te registreren gegevens per patiënt, die beschreven zijn in bijlage van dit besluit in functie van het type zorgprogramma.

Hoogachtend,

De leidend ambtenaar,

H. De Ridder,
Directeur-generaal.

BIJLAGE: AANPASSING VAN DE FACTURERINGSINSTRUCTIES

Bijgevoegde factureringsinstructies zullen geïntegreerd worden in een volgende bijwerking van de instructies voor de facturatie via magnetische of elektronische drager.
Ze zijn desalniettemin reeds van toepassing vanaf prestatiedatum 1/1/2009.

Geneesmiddelenforfaits

1. Creatie van 3 ambulante pseudo-codes in R 40 Z 4 voor de forfaits MBV1, MBV2 en MBV3.
2. De prestatiedatum (R 40 Z 5 = Z 6) is gelijk aan de datum van de realisatie van de labo-activiteit (zie bijlage A2 van het KB) ingeval van forfait MBV1 of MBV2 en is gelijk aan de datum van inductie van ovulatie (zie bijlage B2 van het KB) ingeval van forfait MBV3.
3. De forfaits MBV1 en MBV2 mogen enkel aangerekend worden door een ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B. Deze ziekenhuizen zullen een erkenningsnummer krijgen (nummer ziekenhuis + 140 of 141) dat als plaats van verstrekking (R 40 Z 14) vermeld moet worden.
4. De verzekeringstegemoetkoming (R 40 Z 19) is gelijk aan de prijs van het forfait zoals vermeld in art. 2, 3 of 4 van het KB, verminderd met het persoonlijk aandeel voorzien in art. 6, 7 of 8.
5. Het persoonlijk aandeel (R 40 Z 27) is gelijk aan het bedrag voorzien in art. 6, 7 of 8 van het KB.
6. Het identificatienummer van de voorschrijver (geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde) dient vermeld te worden in R 40 Z 24-25.
7. Aangezien het om forfaitaire tegemoetkomingen gaat, dient geen productnummer ingevuld te worden. R 40 Z 40-41 is dus gelijk aan nul.
8. De datum van het akkoord van de adviserend geneesheer moet ingevuld worden in R 40 Z 47.

Ter herinnering: labo-forfaits

De FOD Volksgezondheid kent aan de ziekenhuizen met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde B een forfaitair bedrag toe per “cyclus” die voldoet aan de voorwaarden uit art. 74bis van het KB van 25 april 2002. Met “cyclus” wordt bedoeld het geheel aan laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI van eicellen.

Deze forfaits worden rechtstreeks door Volksgezondheid aan de ziekenhuizen betaald.
Op het facturatiebestand van de ziekenhuizen aan de verzekeringsinstellingen worden de cycli wel geregistreerd met alle bedragzones gelijk aan nul (zie pseudo-codes 559812 tot en met 559860 in R 50 Z 4 V 13).

Deze registratie blijft bestaan.

De teller van het aantal cycli (max. 6) loopt verder (wordt dus niet op nul gezet op 01/01/2009). Indien men vóór 01/01/2009 bijvoorbeeld al 3 cycli achter de rug heeft, dan zijn er maar 3 bijkomende cycli meer aanrekenbaar. Er kunnen dus ook maar maximum 3 geneesmiddelenforfaits meer aangerekend worden.

Opgelet:

Vermits er nu specifieke erkenningsnummers gecreëerd worden voor de centra voor reproductieve geneeskunde, dienen deze voortaan (voor prestaties vanaf 1/1/2009) ook vermeld te worden als plaats van verstrekking bij de labo-forfaits.

R 50 Z 14 V 2 wordt dienovereenkomstig aangepast.

Omschrijving	Code	
	Ambulant	Gehosp.

- Geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die in een ander acuut ziekenhuis gehospitaliseerd zijn:

categorie SA	-	0756641
categorie SAg	-	0756663
categorie SAr	-	0756685
categorie SB	-	0756700
categorie SBg	-	0756722
categorie SBr	-	0756744
categorie SC	-	0756766
categorie SCg	-	0756781
categorie SCr	-	0756803
categorie SCs	-	0756825
categorie SCsg	-	0756840
categorie SCsr	-	0756862
categorie SCx	-	0756884
categorie SCxg	-	0756906
categorie SCxr	-	0756921

- Geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die in een ander psychiatrisch of chronisch ziekenhuis gehospitaliseerd zijn:

categorie SA	-	0756943
categorie SAg	-	0756965
categorie SAr	-	0756980
categorie SB	-	0757002
categorie SBg	-	0757024
categorie SBr	-	0757046
categorie SC	-	0757061
categorie SCg	-	0757083
categorie SCr	-	0757105
categorie SCs	-	0757120
categorie SCsg	-	0757142
categorie SCsr	-	0757164
categorie SCx	-	0757186
categorie SCxg	-	0757201
categorie SCxr	-	0757223

(2)14. Forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen.

MBV1	0757293
MBV2	0757315
MBV3	0757330

RUBRIEK : DATUM EERSTE GEFACTUREERDE DAG

BESCHRIJVING :

- *In geval van antibiotica afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden, die tijdens hun verblijf een heelkundige ingreep ondergaan :*
de begindatum van de toedieningsperiode van de producten getarifeerd in deze record (of de datum van de toediening van de producten getarifeerd in deze record);
 - *in geval van profylaxis-forfait :* begindatum van de peri-operatieve periode;
- (☞1) Voor verblijven vanaf 1/7/2006 zijn bovenvermelde instructies met betrekking tot de antibioticaforfaits niet meer van toepassing.
- (☞1) - *in geval van forfait per opname voor geneesmiddelen die geforfaitariseerd zijn (pseudo-code 0756000) :* datum van opname.
Het gaat om de datum van opname in het ziekenhuis.
Het forfait voor geneesmiddelen (0756000) mag slechts 1 maal per verblijf aangerekend worden, namelijk op de datum van opname in het ziekenhuis.
- *voor de andere producten :* begindatum van afleveringsperiode of datum van aflevering.
- (☞) **Ingeval van 0757293 of 0757315 is deze zone gelijk aan de datum van de realisatie van de laboactiviteit (zie bijlage A2 van het KB van 06/10/2008).**
Ingeval van 0757330 is deze zone gelijk aan de datum van inductie van ovulatie (zie bijlage B2 van het KB van 06/10/2008).

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 17

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : DATUM LAATSTE GEFACTUREERDE DAG

BESCHRIJVING :

- *In geval van antibiotica afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden, die tijdens hun verblijf een heelkundige ingreep ondergaan :*
de einddatum van de toedieningsperiode van de producten getarifeerd in deze record (of de datum van de toediening van de producten getarifeerd in deze record);
 - *in geval van profylaxis-forfait :* einddatum van de peri-operatieve periode;
- (☞1) Voor verblijven vanaf 1/7/2006 zijn bovenvermelde instructies met betrekking tot de antibiotica-forfaits niet meer van toepassing.
- (☞1) - *in geval van forfait per opname voor geneesmiddelen die geforfaitariseerd zijn (pseudo-code 0756000) :* datum van opname;
- *voor de andere producten :* einddatum van afleveringsperiode of datum van aflevering.
- (☞) **Ingeval van 0757293 of 0757315 is deze zone gelijk aan de datum van de realisatie van de laboactiviteit (zie bijlage A2 van het KB van 06/10/2008).**
Ingeval van 0757330 is deze zone gelijk aan de datum van inductie van ovulatie (zie bijlage B2 van het KB van 06/10/2008).

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 25

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Opmerking : Er moet altijd een einddatum worden vermeld, ook als deze gelijk is aan de begindatum.

RUBRIEK : PLAATS VAN VERSTREKKING

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Ingeval van forfaitaire verpleegdag nierdialyse (zowel ambulante als gehospitaliseerde code) moet hier het identificatienummer van het dialysecentrum worden vermeld.

Ingeval van forfaitaire verpleegdagen in een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis van verblijf moet hier het identificatienummer van het ziekenhuis van prestatie worden vermeld, met uitzondering van de forfaitaire verpleegdag nierdialyse waarvoor het nummer van het dialysecentrum moet worden vermeld.

Ingeval geneesmiddelen worden afgeleverd aan patiënten die een revalidatiebehandeling volgen, kunnen deze alleen worden gefactureerd door de erkende tarifieringsdienst van het ziekenhuis van aflevering en wordt hier het nummer van het ziekenhuis vermeld.

Voor facturen opgemaakt door een ziekenhuis voor patiënten die verblijven in RVT, ROB of BW komt hier het nummer van het ziekenhuis.

Voor facturen opgemaakt met als nummer derdebetalende het identificatienummer van een erkende tarifieringsdienst van een ziekenhuis komt hier het nummer van het ziekenhuis of het nummer van de erkende tarifieringsdienst bij ontstentenis ervan.

(☞) **Ingeval de forfaits 0757293 of 0757315 worden aangerekend, dan moet in deze zone het erkenningsnummer van het zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B worden vermeld (nummer ziekenhuis + 140 of 141).**

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING

BESCHRIJVING :

- (☞1) Algemeen : zie artikel 95 § 1 en § 3 van het K.B. van 21 december 2001 voor de ter verpleging opgenomen rechthebbenden, § 2 a) voor de afleveringen aan niet ter verpleging opgenomen personen en § 2 b) voor rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen.
- (☞ 5) Voor prestaties vanaf 1/1/2008 moet de tarificatie gebaseerd worden op de Code Gerechtigde 1. Indien het 3^{de} cijfer van de CG1 gelijk is aan 0, dan wordt er getarifeerd zonder voorkeurregeling. Indien het 3^{de} cijfer van de CG1 gelijk is aan 1, dan wordt er getarifeerd met voorkeurregeling.
- * *Antibiotica peri-operatief toegediend aan gehospitaliseerde patiënten* (zie K.B. van 21/02/1997, gewijzigd bij K.B. van 18/11/98) : behoudens "uitzonderlijke medische situaties" worden de toegediende producten van de vergoedingscategorie B terugbetaald aan 25 % van het bedrag dat bekomen wordt na vermindering van de vergoedingsbasis met het persoonlijk aandeel;
- (☞1) Voor verblijven vanaf 1/7/2006 is bovenvermelde instructie met betrekking tot de antibioticaforfaits niet meer van toepassing.
- (☞1) Indien Z 4 = 0756000, dan is deze zone gelijk aan het bedrag van het forfait.
Indien Z 4 = 0756022, 0756044; 0756066, 0756081, 0756103, 0756125, 0756140, 0756162, 0756184, 0756206, 0756221, 0756243, 0756265, 0756280 of 0756302, dan is deze zone gelijk aan 25% van de vergoedingsbasis van het betreffende product (zie art. 95 § 3 van het K.B. van 21/12/2001).
- (☞) **Indien Z 4 = 0757293, 0757315 of 0757330, dan is deze zone gelijk aan de prijs van het forfait zoals vermeld in art. 2, 3 of 4 van het KB van 6/10/2008 (BS 14/10/2008), verminderd met het persoonlijk aandeel voorzien in art. 6, 7 of 8 van hetzelfde KB.**

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 88

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.

Het betreft het bedrag dat door de verzekeringsinstelling terugbetaald wordt.

- * Voor de geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten uit het chirurgisch dagziekenhuis en patiënten waarvoor een forfaitaire verpleegdag mag worden aangerekend, wordt het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming berekend volgens de regels die gelden voor ambulante patiënten.
- * Voor de niet vergoedbare geneesmiddelen is de verzekeringstegemoetkoming 0.
- * Voor de geneesmiddelen, afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten, binnen het kader van een forfaitaire verpleegdag, in een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis van verblijf (= forfaits met gehospitaliseerde code), dienen de regels ivm. verzekeringstegemoetkoming en remgelden van de ter verpleging opgenomen rechthebbenden te worden toegepast.
- * Indien het een detailrecord van een magistrale bereiding betreft (zone 4 = 0750212) dan is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VOORSCHRIJVER

BESCHRIJVING :

Deze zone moet worden ingevuld indien het gaat om geneesmiddelen afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden.

- (☞) **Voor de 3 pseudocodes 0757293, 0757315 en 0757330 moet de voorschrijver (geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde) vermeld worden.**

Deze zone is gelijk aan nul indien het gaat om geneesmiddelen of producten afgeleverd aan

- (☞ 1) gehospitaliseerde rechthebbenden (R 40 Z 4 = pseudo-code uit punt 1, punt 6 *, punt 8, punt 10 of
(☞ 7) punt 13 of pseudo-code 0961026, 0960304**, 0960385 of 0960400).

Indien een identificatienummer voorschrijver wordt vermeld, mag alleszins geen fout aangerekend worden.

Deze zone is eveneens gelijk aan nul indien het gaat om niet-vergoedbare geneesmiddelen, magistrale bereidingen of producten afgeleverd zonder voorschrift, aan ambulante patiënten (R 40 Z 4 =

- (☞ 7) 0751015, 0750116 , 0960293**, 0961015, 0960374 of 0960396).

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

* Deze pseudo-codes zijn geschrapt voor verblijven vanaf 1/7/2006

(☞ 7)** Geschrapt voor prestaties vanaf 1/4/2008

RUBRIEK : TEKEN + PERSOONLIJK AANDEEL PATIËNT

BESCHRIJVING :

In deze zone wordt het werkelijk aangerekend reëel en reglementair persoonlijk aandeel vermeld.

Deze zone wordt enkel gebruikt voor niet ter verpleging opgenomen patiënten, patiënten uit het chirurgisch dagziekenhuis, patiënten waarvoor een forfaitaire verpleegdag wordt aangerekend en patiënten die verblijven in RVT, ROB of IBW.

- (☞ 4) Indien het reglementair persoonlijk aandeel slechts gedeeltelijk wordt aangerekend, dan komt in deze zone het werkelijk aangerekend bedrag (mogelijk zelfs nul) met vermelding van waarde 1 in zone 33.
- (☞ 4) Het reglementair persoonlijk aandeel (of aangerekend deel ervan) moet ook in deze zone worden vermeld als het (rechtstreeks) ten laste werd genomen door een OCMW of privé-verzekeringsmaatschappij.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 9 N - 128

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 40 zone 19.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.

Zie art. 2. 1° en 2° a) van het K.B. van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de, in het raam van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, vergoedbare farmaceutische verstrekkingen.

Indien zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072 of 0750094 dan komt hier het persoonlijk aandeel van de magistrale bereiding.

Indien zone 4 = 0750212 dan is deze zone = 0.

- (☞ 4) Indien zone 4 = 0755974 dan is deze zone = 0.
- (☞) Voor ambulant afgeleverde geneesmiddelen aan patiënten die in PVT verblijven en voor farmaceutische specialiteiten die verwerkt worden in een oplossing van parenterale voeding is deze zone = 0. In zone 39 wordt het theoretisch persoonlijk aandeel vermeld.
- (☞) **Indien Z 4 = 0757293, 0757315 of 0757330, dan is deze zone gelijk aan het persoonlijk aandeel voorzien in art. 6, 7 of 8 van het KB van 6/10/2008 (BS 14/10/2008).**

RUBRIEK : NUMMER PRODUCT

BESCHRIJVING :

Hier komt de individuele code van het farmaceutisch product.

- (☞) Deze zone moet steeds worden ingevuld, behalve indien het gaat om magistrale bereidingen afgeleverd aan ambulante patiënten, profylaxisforfaits*, het forfait per opname voor geneesmiddelen (0756000) **en de forfaitaire tegemoetkomingen 0757293, 0757315 en 0757330**. In dit geval dient de zone op nul te worden gezet.
-

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N – 205

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**1. Terugbetaalbare geneesmiddelen van categorie A, B, C, Cs en Cx.**

Zie bijlage bij het K.B. van 21 december 2001 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen.

Men gebruikt dezelfde codes voor de geneesmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten (eenheden die voorafgegaan worden door een dubbele asterisk (**)) als voor de geneesmiddelen afgeleverd aan ambulante patiënten, patiënten die verblijven in R.V.T., R.O.B. en I.B.W. en patiënten waarvoor een forfaitaire verpleegdag mag worden aangerekend (eenheden die voorafgegaan worden door één asterisk (*)).

2. Niet terugbetaalbare geneesmiddelen en niet terugbetaalbare andere afleveringen.

Zie codificatie uitgegeven door A.P.B.; indien echter de RIZIV code bestaat dan moet deze worden gebruikt.

De niet-terugbetaalbare geneesmiddelen die afkomstig zijn uit het buitenland en waarvoor geen code bestaat in de publicatie van A.P.B. dienen vermeld te worden onder de pseudo-CNK-code 07799984.

De binnenlandse niet-terugbetaalbare geneesmiddelen waarvoor geen A.P.B. code bestaat moeten vermeld worden onder pseudo-CNK-code 07799992.

De niet terugbetaalbare afleveringen, andere dan geneesmiddelen specialiteiten, waarvoor geen A.P.B. code bestaat, moeten vermeld worden onder pseudo-CNK-code 07799976.

De chemotherapeutische medicatie die valt onder de ATC-code L01, waarvoor een maxi-forfait mag aangerekend worden en waarvoor geen CNK-code bestaat, moet vermeld worden onder de pseudo-CNK-code 07799984 of 07799992 naargelang het gaat om een binnenlands of buitenlands product.

Bij gebruik van de pseudo-CNK-codes 07799984, 07799992 en 07799976 dient de omschrijving van het betreffende product vermeld te worden in zone 42 tot 45.

Opmerking : Het gebruik van de pseudo-CNK-codes 07799984, 07799992 en 07799976 moet beperkt blijven tot maximum 1 % van de jaarlijkse omzet.

(☞1) * afgeschaft voor verblijven vanaf 1/7/2006

RUBRIEK : DATUM AKKOORD VERSTREKKING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 30 zone 47.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 262

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

- (☞1) Voor geneesmiddelen die binnen de forfaitarisering vallen, is er geen akkoord van de adviserend geneesheer nodig en is deze zone gelijk aan nul.
- (☞) **Bij de pseudocodes 0757293, 0757315, 0757330 moet de datum van het akkoord van de adviserend geneesheer ingevuld worden.**

Kinesitherapie

De kinesitherapieverstrekkingen verricht in geconventioneerde revalidatiecentra, verleend bij rechthebbenden lijdend aan één van de aandoeningen, bedoeld in artikel 7, 3° alinea, c), van het koninklijk besluit van 23 maart 1982, moeten worden geattesteerd vanaf 1/5/1999 onder de codes voorzien in artikel 7, § 1, 2°, V van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen,

met uitzondering van de gevallen waar de rechthebbenden zich in een van de volgende situaties bevinden:

in artikel 7, § 12	→	gebruik van de codes voorzien in artikel 7, § 1, 3°
in artikel 7, § 13	→	gebruik van de codes voorzien in artikel 7, § 1, 4°

van de bovenvermelde nomenclatuur.

In vitro fertilisatie

Vanaf 1 juli 2003 wordt het geheel aan laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI van eicellen geregistreerd onder volgende pseudo-nomenclatuurcodes :

1° cyclus	0559812	0559823
2° cyclus	0559834	0559845
3° cyclus en volgende	0559856	0559860

Het betreft enkel een vermelding van het aantal gevallen, alle bedragzones zijn gelijk aan nul.

(☞) **Het KB van 6/10/2008 (BS 14/10/2008) (geneesmiddelenforfaits MBV1, MBV2 en MBV3) heeft geen invloed op de teller van het aantal cycli. De teller loopt gewoon verder (en wordt dus niet op nul gezet op 1/1/2009).**

(☞ 8) Forfaitair bedrag per half uur voor de tussenkomst van een Belgische MUG op Frans grondgebied in het kader van de Frans-Belgische overeenkomst inzake dringend ziekenvervoer

0793553

- indien het gaat om het forfaitair honorarium voor de medische wachtdienst in een ziekenhuis of de forfaitaire beschikbaarheidshonoraria voor de continuïteit van de verzorging in de diensten spoedgevallen en intensieve verzorging;
 - indien het gaat om het forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties;
 - indien het gaat om supplementen voor niet door ZIV vergoede producten of verstrekkingen (codes 0960XXX);
 - indien het gaat om parenterale voeding thuis.
- * Identificatienummer van het erkend centrum voor hartrevalidatie
 - indien het gaat om verstrekkingen voor revalidatie van hartpatiënten (0771201, 0771212, 0771223).
 - * Het identificatienummer van het medisch huis
 - indien het gaat om prestaties verricht door een medisch huis.
 - * Het identificatienummer van het erkend centrum voor de implantatie van hartdefibrillatoren
 - (☞ 5) - indien het gaat om implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes
 - (☞ 8) * Ingeval van facturatie van nervus vagusstimulator (0684810-0684821, 0684832-0684843), dan dient in deze zone het erkenningsnummer van het referentiecentrum voor refractaire epilepsie vermeld te worden.
 - * Indien het gaat om verstrekkingen die gekoppeld zijn aan een basisprestatie waarvoor de vermelding van een specifieke plaats van verstrekking vereist is, dan moet voor deze verstrekking de plaats van verstrekking van de basisprestatie worden vermeld (bv. Supplementaire honoraria, accrediteringssupplementen, honorarium voor hoogdringendheid, ...). Ingeval de betreffende verstrekking wordt ingevuld, moet de plaats van verstrekking overeenkomen met de plaats van verstrekking van de basisprestatie die als betreffende verstrekking wordt meegegeven. Bijvoorbeeld gebruiksmateriaal, implantaten (art. 35 en 35bis).
 - (☞) (☞ 8) * Indien het gaat om vervoer van patiënten, dan moet in deze zone het identificatienummer van het ziekenhuis dat factureert worden vermeld (bijvoorbeeld ingeval van pseudo-code 793553).
 - * Indien het gaat om verstrekkingen van in vitro fertilisatie (zone 4 = 0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 of 0559860), dan moet in deze zone het identificatienummer van het laboratorium van het ziekenhuis worden vermeld.
 - (☞) **Voor prestaties vanaf 1/1/2009, dient het erkenningsnummer van het centrum voor reproductieve geneeskunde B (nummer ziekenhuis + 141) vermeld te worden.**
 - (☞ 4) * Ingeval van reiskosten geneesheren (0109911, 0109955, 0109970), is deze zone gelijk aan nul.
 - * In alle andere gevallen dan de hierboven vermelde wordt deze zone op nul gezet.

Opmerking : - Ingeval meerdere van de hierboven vermelde voorwaarden gelijktijdig worden vervuld moet de volgende hiërarchie worden gerespecteerd :

1. laboratorium, dienst die overeenkomstig de uitgevaardigde normen werd erkend, weefselbank of nierdialysecentrum;
2. revalidatiecentrum;
3. verplegingsinrichting.

- Ingeval de factuur wordt opgemaakt door een revalidatiecentrum dan moet volgende hiërarchie worden gerespecteerd :

1. laboratorium, dienst die overeenkomstig de uitgevaardigde normen werd erkend, weefselbank of nierdialysecentrum;
2. verplegingsinrichting;
3. revalidatiecentrum.

6 OKTOBER 2008 - Koninklijk besluit houdende invoering van een forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen.

6 OCTOBRE 2008 - Arrêté royal instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine.

ALBERT II, Koning der Belgen,

ALBERT II, Roi des Belges,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

A tous, présents et à venir, Salut.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 inzonderheid op artikel 37, § 20.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et notamment l'article 37, § 20.

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 23 juli 2007;

Vu l'avis du le Comité de l'assurance des soins de santé, donné le 23 juillet 2007;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 18 juni 2008;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 18 juin 2008 ;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Staatssecretaris voor Begroting van 9 juli 2008;

Vu l'accord de Notre Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 9 juillet 2008;

Gelet op advies 45.099/1/V van de Raad van State, gegeven op 10 september 2008, met toepassing van artikel 84, §1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Vu l'avis 45.099/1/V du Conseil d'Etat, donné le 10 septembre 2008, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ:

NOUS AVONS ARRETE ET ARRETONS:

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder:

Article 1er. Pour l'application du présent arrêté, on entend par :

1° de Wet, de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

1° Loi, la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ;

2° zorgprogramma "reproductieve geneeskunde" het zorgprogramma zoals gedefinieerd in artikel 2, 1ste §, van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's, bedoeld in artikel 9ter van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met de vermelding van de artikelen van de wet op de ziekenhuizen hierop van toepassing;

2° programme de soins " médecine de la reproduction " le programme de soins défini à l'article 2, § 1er, de l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 9ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et indiquant les articles de la loi sur les hôpitaux applicables à ceux-ci ;

3° koninklijk besluit van 25 april 2002, het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de afrekening van het budget van de financiële middelen van de ziekenhuizen;

3° arrêté royal du 25 avril 2002, l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux ;

4° koninklijk besluit van 15 september 2006, het koninklijk besluit van 15 september 2006 tot vaststelling van de modaliteiten volgens dewelke een gynaecoloog verbonden is aan of aangesloten is bij een ziekenhuis in het kader van een prestatie zoals bedoeld in artikel 34, 1ste alinea, 26°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

4° arrête royal du 15 septembre 2006, l'arrête royal du 15 septembre 2006 fixant les modalités suivant lesquelles un gynécologue est soit attaché, soit affilié a un hôpital, dans le cadre de la prestation visée à l'article 34, alinéa 1er, 26°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

5° verbonden gynaecoloog: de geneesheer bedoeld onder punt 2° van artikel 1 van het koninklijk besluit van 15 september 2006;

5° gynécologue attaché : le médecin visé à l'article 1er, 2°, de l'arrêté royal du 15 septembre 2006 ;

6° aangesloten gynaecoloog: de geneesheer bedoeld

6° gynécologue affilié : le médecin visé l'article 1er, 3°, de

onder punt 3° van artikel 1 van het koninklijk besluit van 15 september 2006;

l'arrêté royal du 15 septembre 2006 ;

7° farmaceutische specialiteiten: de farmaceutische specialiteiten gebruikt in ziekenhuizen, met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde, bij medisch begeleide voortplanting en/of fertiliteitsproblemen geregistreerd volgens het koninklijk besluit van 3 juli 1969 betreffende de registratie van geneesmiddelen die behoren tot één van de volgende categorieën:

- 1) farmaceutische specialiteiten die de follikelruptuur induceren,
- 2) farmaceutische specialiteiten die de folliculaire groei stimuleren volgens een gonadotroop mechanisme,
- 3) farmaceutische specialiteiten met een LHRH agonistische of antagonistische werking die inwerken op de hypofyse;

8° volledige cyclus: een cyclus die voldoet aan de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 74bis van het koninklijk besluit van 25 april 2002 namelijk deze met betrekking tot de maximale leeftijd van de vrouw en tot het maximale aantal cycli per vrouw;

9° volledige behandeling: een behandeling van ovariële hyperstimulatie die voltooid is, met andere woorden die geleid heeft tot inductie van een ovulatie;

10° opgegeven cyclus: cyclus die niet heeft geleid tot een labo-activiteit maar die aanleiding zou gegeven hebben tot de bedragen zoals bedoeld in de artikelen 2 tot 8 indien de cyclus voltooid zou zijn geweest;

11° opgegeven behandeling: behandeling die niet heeft geleid tot een ovulatie-inductie, maar die aanleiding zou gegeven hebben tot de bedragen zoals bedoeld in de artikelen 2 tot 8 indien de behandeling voltooid zou zijn geweest;

12° MBV: medisch begeleide voortplanting.

Art. 2. Een forfait MBV1 van 1073 euro wordt toegekend per volledige cyclus voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van een in vitro fertilisatie, ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie) inclusief, gerealiseerd in een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde, voorgeschreven door een aan dit ziekenhuis verbonden gynaecoloog en afgeleverd in dit ziekenhuis.

Op basis van een aanvraagformulier waarvan het model zich bevindt in bijlage A1 van dit besluit, ingevuld, gedateerd en ondertekend door bovenvermelde gynaecoloog, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de toelating af, waarvan het model zich bevindt in bijlage A2 van dit besluit.

Op het ogenblik van de facturatie van elk forfait MBV1 vult de bovenvermelde gynaecoloog het formulier voorkomend in bijlage A3 van dit besluit behoorlijk in en geeft deze door aan de ziekenhuisapotheker die dit ter beschikking van de adviserend geneesheer houdt.

Dit forfait MBV1 wordt niet toegestaan aan patiënten van wie de behandeling noch geneesmiddelen zoals gedefinieerd in artikel 1, 7° 2), noch geneesmiddelen zoals gedefinieerd in artikel 1, 7° 3) bevat.

7° spécialités pharmaceutiques : les spécialités pharmaceutiques utilisées dans les hôpitaux, disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction, en procréation médicalement assistée et/ou dans les troubles de la fertilité enregistrées conformément à l'arrêté royal du 3 juillet 1969 relatif à l'enregistrement des médicaments et qui appartiennent à l'une des catégories suivantes:

- 1) spécialités pharmaceutiques inductrices de la rupture folliculaire,
- 2) spécialités pharmaceutiques qui stimulent la croissance folliculaire par un mécanisme de type gonadotrophine,
- 3) spécialités pharmaceutiques ayant une action agoniste ou antagoniste du LHRH agissant sur l'hypophyse ;

8° cycle complet : cycle répondant aux conditions fixées par l'article 74bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 notamment celles relatives à l'âge maximum de la femme et au nombre maximum de cycles par femme ;

9° traitement complet : traitement d'hyperstimulation ovarienne arrivé à terme, c'est-à-dire ayant abouti à une induction de l'ovulation ;

10° cycle abandonné : cycle qui n'a pas abouti à une activité de laboratoire, mais qui aurait donné lieu à des montants visés à l'article 2 à 8 si ce cycle avait pu être mené à son terme ;

11° traitement abandonné : traitement qui n'a pas abouti à une induction de l'ovulation, mais qui aurait donné lieu à des montants visés à l'article 2 à 8 si ce traitement avait pu être mené à son terme ;

12° PMA: procréation médicalement assistée.

Art. 2. Un forfait PMA1 de 1073 EUROS est octroyé par cycle complet dans le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre d'une fécondation in vitro, y compris l'ICSI (injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde), réalisée dans un hôpital qui dispose d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction, prescrites par un gynécologue attaché à cet hôpital et délivrées dans ce même hôpital.

Sur base d'un formulaire de demande dont le modèle figure à l'annexe A1 du présent arrêté, complété, daté et signé par le gynécologue susvisé, le médecin-conseil délivre à la bénéficiaire l'autorisation dont le modèle figure en annexe A2 du présent arrêté.

Au moment de la facturation de chaque forfait PMA1, le gynécologue susvisé complète dûment le formulaire figurant en annexe A3 du présent arrêté et transmet celui-ci au pharmacien hospitalier, qui le tient à disposition du médecin-conseil.

Ce forfait PMA1 n'est pas octroyé pour les patientes dont le traitement ne comprend aucune des spécialités pharmaceutiques définies à l'article 1, 7° 2) ni aucune des spécialités pharmaceutiques définies à l'article 1, 7° 3).

Het forfait MBV1 zoals bedoeld in dit artikel is niet cumuleerbaar met het forfait MBV2 zoals bedoeld in artikel 3 voor eenzelfde cyclus.

Het aantal forfaits MBV1 zoals beschreven in dit artikel, gecumuleerd met het aantal forfaits MBV2 zoals beschreven in artikel 3, die toegekend zijn aan eenzelfde rechthebbende, mogen het maximum van 6 niet overschrijden.

Art. 3. Een forfait MBV2 van 115 euro wordt toegekend voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt bij een ontvanger van (een) ovocyt(en) (kunstmatige cyclus) in het kader van een eicel(len)donatie, gerealiseerd in een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde, voorgeschreven door een aan dit ziekenhuis verbonden gynaecoloog en afgeleverd in dit ziekenhuis.

Op basis van een aanvraagformulier waarvan het model zich bevindt in bijlage A1 van dit besluit, ingevuld, gedateerd en ondertekend door bovenvermelde gynaecoloog, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de toelating af, waarvan het model zich bevindt in bijlage A2 van dit besluit.

Op het ogenblik van de facturatie van elk forfait MBV2 valt de bovenvermelde gynaecoloog het formulier voorkomend in bijlage A3 van dit besluit behoorlijk in en geeft deze door aan de ziekenhuisapotheker die dit ter beschikking van de adviserend geneesheer houdt.

Dit forfait MBV2 wordt niet toegestaan aan patiënten van wie de behandeling noch geneesmiddelen zoals gedefinieerd in artikel 1, 7° 2), noch geneesmiddelen zoals gedefinieerd in artikel 1, 7° 3) bevat.

Het forfait MBV2 zoals bedoeld in dit artikel is niet cumuleerbaar met het forfait MBV1 zoals bedoeld in artikel 2 voor eenzelfde cyclus.

Het aantal forfaits MBV2 zoals beschreven in dit artikel, gecumuleerd met het aantal forfaits MBV1 zoals beschreven in artikel 2, die toegekend zijn aan eenzelfde rechthebbende, mogen het maximum van 6 niet overschrijden.

Art. 4. Een forfait MBV3 van 314 euro wordt toegekend voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van een fertiliteitsbehandeling anders dan deze zoals bedoeld in artikel 2 en 3, uitgevoerd door een verbonden of aangesloten gynaecoloog en 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. Die behandeling wordt uitgevoerd in geval van intolerantie voor de behandeling met clomifeencitraat ofwel nadat een voorafgaande behandeling met clomifeencitraat inefficiënt is gebleken:

- 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,

Le forfait PMA1 visé dans le présent article n'est pas cumulable avec le forfait PMA2 visé à l'article 3 pour un même cycle.

Le nombre de forfaits PMA1 tels que décrits dans le présent article, cumulé au nombre de forfaits PMA2 tels que décrits à l'article 3, qui sont octroyés pour une même bénéficiaire, ne peut dépasser le total de 6.

Art. 3. Un forfait PMA2 de 115 euros est octroyé par cycle complet dans le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées chez une receveuse d'ovocyte(s) (cycle artificiel) dans le cadre d'un don d'ovocyte(s), réalisé dans un hôpital qui dispose d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction, prescrites par un gynécologue attaché à cet hôpital et délivrées dans ce même hôpital.

Sur base d'un formulaire de demande dont le modèle figure à l'annexe A1 du présent arrêté, complété, daté et signé par le gynécologue susvisé, le médecin-conseil délivre à la bénéficiaire l'autorisation dont le modèle figure en annexe A2 du présent arrêté.

Au moment de la facturation de chaque forfait PMA2, le gynécologue susvisé complète dûment le formulaire figurant en annexe A3 du présent arrêté et transmet celui-ci au pharmacien hospitalier, qui le tient à disposition du médecin-conseil.

Ce forfait PMA2 n'est pas octroyé pour les patientes dont le traitement ne comprend aucune des spécialités pharmaceutiques définies à l'article 1, 7° 2) ni aucune des spécialités pharmaceutiques définies à l'article 1, 7° 3).

Le forfait PMA2 visé dans le présent article n'est pas cumulable avec le forfait PMA1 visé à l'article 2 pour un même cycle.

Le nombre de forfaits PMA2 tels que décrits dans le présent article, cumulé au nombre de forfaits PMA1 tels que décrits à l'article 2, qui sont octroyés pour une même bénéficiaire, ne peut dépasser le total de 6.

Art. 4. Un forfait PMA3 de 314 euros est octroyé dans le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre d'un traitement de la fertilité, autre que ceux visées aux articles 2 et 3, réalisé par un gynécologue attaché ou affilié et défini comme tel :

1° Soit : traitement pour la stimulation du développement folliculaire, chez une bénéficiaire qui présente une insuffisance ovarienne hypo- ou normogonadotrophique, en cas d'anovulation, ou en cas de maturation insuffisante du follicule entraînant une insuffisance lutéinique. Ce traitement est effectué dans le cas d'une intolérance au citrate de clomifène ou dans le cas où 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,

- 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;

2° Ofwel: een behandeling met intra-uteriene inseminatie (IUI) uitgevoerd in het ziekenhuis, bij een rechthebbende voor zover het gaat om een gedocumenteerde onverklaarde vrouwelijke infertiliteit, een beperkte endometriose of een cervicale sterilitéit of een gedocumenteerde mannelijke matige subfertiliteit. Die behandeling wordt uitgevoerd in geval van een intolerantie voor de behandeling met clomifeencitraat ofwel nadat een voorafgaande behandeling met clomifeencitraat inefficiënt is gebleken:

- 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.

Op basis van een aanvraagformulier waarvan het model zich bevindt in bijlage B1 van dit besluit, ingevuld, gedateerd en ondertekend door bovenvermelde gynaecoloog, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de toelating af, waarvan het model zich bevindt in bijlage B2 van dit besluit.

Op het ogenblik van de facturatie van elk forfait MBV3 valt de bovenvermelde gynaecoloog het formulier voorkomend in bijlage B3 van dit besluit behoorlijk in en geeft deze door aan de ziekenhuisapotheker die dit ter beschikking van de adviserend geneesheer houdt.

Aan de rechthebbende die de maximale leeftijd van 43 jaar nog niet heeft bereikt, worden maximum 6 forfaits MBV3 toegestaan voor een behandeling zoals bedoeld onder 1° van het eerste lid en maximum 6 forfaits MBV3 voor een behandeling zoals bedoeld onder 2° van het eerste lid.

Art. 5. Het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering kan, conform artikel 22, 11° van de Wet, de vervanging van de formulieren zoals bedoeld in de artikelen 2 tot 4 door een elektronische communicatie toelaten tussen de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen en dit conform aan het koninklijk besluit van 27 april 1999 betreffende de bewijskracht van de door de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen opgeslagen, verwerkte, weergegeven of meegedeelde gegevens.

Art. 6. De persoonlijke tussenkomst van de preferentieel verzekerde rechthebbende bedoeld in artikel 37, § 1 en 19 van de Wet in de kost van de prestaties bedoeld in artikel 2 is 36,64 euro.

De persoonlijke tussenkomst van de andere rechthebbenden voor dezelfde prestaties is 54,90 euro.

Art. 7. De persoonlijke tussenkomst van de preferentieel verzekerde rechthebbende bedoeld in artikel 37, § 1 en 19

- 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 ;

2° Soit : traitement par insémination intra-utérine (IUI) réalisé en hôpital chez une bénéficiaire dans un cas documenté d'infertilité féminine inexplicée, d'endométriose modérée ou de stérilité cervicale, ou d'un cas documenté de sub-fertilité modérée masculine. Ce traitement est effectué dans le cas d'une intolérance au citrate de clomifène ou dans le cas où 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,

Sur base d'un formulaire de demande dont le modèle figure à l'annexe B1 du présent arrêté, complété, daté et signé par le gynécologue susvisé, le médecin-conseil délivre à la bénéficiaire l'autorisation dont le modèle figure en annexe B2 du présent arrêté.

Au moment de la facturation de chaque forfait PMA3, le gynécologue susvisé complète dûment le formulaire figurant en annexe B3 du présent arrêté et transmet celui-ci au pharmacien hospitalier, qui le tient à disposition du médecin-conseil.

La bénéficiaire, qui ne peut avoir atteint l'âge de 43 ans, peut se voir octroyer au maximum 6 forfaits PMA3 pour un traitement visé au 1° du premier alinéa et 6 forfaits PMA3 pour un traitement visé au 2° du premier alinéa.

Art. 5. Le Comité de l'assurance de l'Institut National d'Assurance maladie-invalidité peut, conformément à l'article 22, 11° de la Loi, autoriser le remplacement des formulaires visés aux articles 2 à 4 par une communication électronique entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs et ce conformément à l'arrêté royal du 27 avril 1999 relatif à la force probante des données enregistrées, traitées, reproduites ou communiquées par les dispensateurs de soins et les organismes assureurs.

Art. 6. L'intervention personnelle de la bénéficiaire de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1er et § 19 de la Loi dans le coût de la prestation visée à l'article 2 est de 36,64 euros.

L'intervention personnelle des autres bénéficiaires pour cette même prestation est de 54,90 euros.

Art. 7. L'intervention personnelle de la bénéficiaire de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1^{er} et § 19 de la

van de Wet in de kost van de prestaties bedoeld in artikel 3 is 7,10 euro.

De persoonlijke tussenkomst van de andere rechthebbenden voor dezelfde prestaties is 10,60 euro.

Art. 8. De persoonlijke tussenkomst van de preferentieel verzekerde rechthebbende bedoeld in artikel 37, § 1 en 19 van de Wet in de kost van de prestaties bedoeld in artikel 4 is 15,34 euro.

De persoonlijke tussenkomst van de andere rechthebbenden voor dezelfde prestaties is 23,10 euro.

Art. 9. De bedragen bedoeld in de artikelen 2 tot 8 dekken alle kosten die in rekening zouden kunnen gebracht worden van de rechthebbenden of de verplichte gezondheidszorg- en invaliditeitsverzekering voor de specialiteiten gedefinieerd in artikel 1, 7° die zouden gebruikt worden voor opgegeven cycli of behandelingen.

Art. 10. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2009.

Art. 11. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel op 6 oktober 2008.

Loi dans le coût de la prestation visée à l'article 3 est de 7,10 euros.

L'intervention personnelle des autres bénéficiaires pour cette même prestation est de 10,60 euros.

Art. 8. L'intervention personnelle de la bénéficiaire de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1^{er} et § 19 de la Loi dans le coût de la prestation visée à l'article 4 est de 15,34 euros.

L'intervention personnelle des autres bénéficiaires pour cette même prestation est de 23,10 euros.

Art. 9. Les montants visés aux articles 2 à 8 couvrent toutes les sommes qui auraient pu être portées en compte aux bénéficiaires ou à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités/invalidités pour les spécialités pharmaceutiques définies à l'article 1, 7° qui seraient utilisées pour des cycles ou des traitements abandonnés.

Art. 10. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 2009.

Art. 11. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 6 octobre 2008.

VAN KONINGSWEGE:
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

PAR LE ROI :
La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Laurette ONKELINX

Laurette ONKELINX

BIJLAGE A1: Model van aanvraagformulier bestemd voor de adviserend geneesheer:

Formulier bestemd voor de adviserend geneesheer voor de aanvraag van 6 forfaits MBV1 voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van een in vitro fertilisatie, ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie) inclusief of MBV2 voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt bij een ontvanger van (een) ovocyt(en) (kunstmatige cyclus) in het kader van een donatie van (een) ovocyt(en), gerealiseerd in een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B en voorgeschreven door een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde verbonden aan dit zelfde ziekenhuis.

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 een ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma van reproductieve geneeskunde A of B met volgende coördinaten:

Naam:.....

Adres:.....

vraag voor de hierboven vermelde patiënte de toekenning van een forfaitaire tussenkomst voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt voor elk van de 6 behandelingscycli toegelaten ofwel in het kader van in vitro fertilisaties, ICSI inclusief, ofwel in het kader van donaties van (een) ovocyt(en).

Ik ben ervan op de hoogte dat de toekenning van een forfaitaire tussenkomst voor deze behandelingen beperkt is, éénmaal in het leven van de patiënte, tot een maximum van 6 behandelingscycli per rechthebbende, en dat het aantal registraties van een pseudo-code met betrekking tot de laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI van eicellen beperkt is tot 6 per rechthebbende.

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°) :

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV nr)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)

BIJLAGE A2: Model van toelatingsformulier afgeleverd door de adviserend geneesheer aan de rechthebbende:

Formulier afgeleverd door de adviserend geneesheer aan de rechthebbende dat de toekenning van 6 forfaits MBV1 toelaat, voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van in vitro fertilisaties, ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie) inclusief of MBV2 voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt bij een ontvanger van (een) ovocyt(en) (kunstmatige cyclus) in het kader van donaties van (een) ovocyt(en), gerealiseerd in een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B en voorgeschreven door een geneesheer specialist in de gynaecologie verbonden aan dit zelfde ziekenhuis.

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

II – toelating van de adviserend geneesheer:

Ik ondertekende, adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling met volgende coördinaten:

Benaming en nummer van de mutualiteit :.....

Adres :

geef de toelating aan de hierboven vermelde patiënte voor de toekenning van een forfaitaire tussenkomst voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt voor elke van de 6 behandelingscycli toegelaten ofwel in het kader van in vitro fertilisaties, ICSI inclusief, ofwel in het kader van donaties van (een) ovocyt(en).

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°) :

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV nr)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)

BIJLAGE B2: Toelatingsformulier afgeleverd door de adviserend geneesheer aan de rechthebbende:

Formulier afgeleverd door de adviserend geneesheer aan de rechthebbende, dat de toekenning van 6 forfaits MBV3 toelaat, voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt in het kader van behandelingen van fertiliteitsstoornissen andere dan in vitro fertilisatie of een kunstmatige cyclus, 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 – Toelating van de adviserend geneesheer:

Ik ondertekende, adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling met volgende coördinaten:

Benaming en nummer van de mutualiteit:.....

Adres :

.....
.....

geef de toelating aan de hierboven vermelde patiënte voor de toekenning van een forfaitaire tussenkomst voor de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt voor elk van de 6 toegelaten behandelingen:

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:

was een voorafgaande behandeling met clomifeencitraat inefficiënt **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

vertoont de rechthebbende een intolerantie 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:

was een voorafgaande behandeling met clomifeencitraat inefficiënt **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

vertoont de rechthebbende een intolerantie voor clomifeencitraat.

De toekenning van een forfait voor een dergelijke behandeling is beperkt tot een maximum van 6 volledige behandelingen per rechthebbende.

Elke rechthebbende kan slechts éénmaal in haar leven de toelating bekomen voor de 6 forfaits voor een behandeling zoals bedoeld onder 1° **en** de toelating voor de 6 forfaits voor een behandeling zoals bedoeld onder 2°.

Dit document moet door de rechthebbende bewaard worden. Het moet ingevuld, gedateerd en ondertekend worden op het moment van de inductie van de ovulatie door een geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde, verbonden aan of aangesloten bij een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B, verantwoordelijk voor de behandeling van de rechthebbende hierboven vermeld.

Toegestane behandeling	Datum van inductie van ovulatie	Stempel van de geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde verantwoordelijk voor de behandeling	Datum en handtekening
1	uu / uu / uuuu		uu / uu / uuuu.....
2	uu / uu / uuuu		uu / uu / uuuu.....
3	uu / uu / uuuu		uu / uu / uuuu.....
4	uu / uu / uuuu		uu / uu / uuuu.....
5	uu / uu / uuuu		uu / uu / uuuu.....
6	uu / uu / uuuu		uu / uu / uuuu.....

III – Identificatie van de adviserend geneesheer:

Datum: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (Handtekening en stempel)
--

BIJLAGE B3: Formulier dat de ziekenhuisapotheker ter beschikking houdt van de adviserend geneesheer:

Formulier dat de ziekenhuisapotheker ter beschikking houdt van de adviserend geneesheer, volledig ingevuld door een geneesheer-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) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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 een ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma van reproductieve geneeskunde A of B met volgende coördinaten:

Naam:.....

Adres:.....

.....

Verklaar dat de hierboven vermelde patiënte 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.

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 Een behandeling met intra-uteriene inseminatie (IUI). Ik verklaar dat het gaat om 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 aan de rechthebbende maximum 6 forfaits worden toegestaan voor een behandeling zoals bedoeld onder 1° **en** 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 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°) :

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV nr)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 6 oktober 2008 houdende invoering van een forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen

VAN KONINGSWEGE:
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Laurette ONKELINX

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 une receveuse 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 – Élément 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 la patiente mentionnée 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 de la patiente, 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 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)

ANNEXE A2 : Modèle du formulaire d'autorisation délivré par le médecin conseil à la bénéficiaire :

Formulaire délivré par le médecin conseil à la bénéficiaire, autorisant 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 une receveuse d'ovocyte(s) (cycle artificiel) dans le cadre de dons d'ovocyte(s), réalisés dans un hôpital disposant d'un programme de soins reconnu de médecine de la reproduction A ou B, prescrites par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique attaché à ce même hôpital.

I – Identification de la bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :

II – Autorisation du médecin-conseil:

Je soussigné, médecin-conseil de l'organisme assureur dont les coordonnées sont les suivantes :

Dénomination et numéro de la mutualité :

Adresse :

autorise pour la bénéficiaire mentionnée 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.

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 inexplicée, d'endométriase 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) :

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(nom)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(prénom)

1-XXXXXXXX-XX-XXXX

(N° INAMI)

XX / XX / XXXX

(DATE)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

ANNEXE B2 : Modèle du formulaire d'autorisation délivré par le médecin conseil à la bénéficiaire :

Formulaire délivré par le médecin conseil à la bénéficiaire, autorisant l'octroi de 6 forfaits PMA3 pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre de traitements des troubles de la fertilité, autres 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 de la bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

II – Autorisation du médecin-conseil:

Je soussigné, médecin-conseil de l'organisme assureur dont les coordonnées sont les suivantes :

Dénomination et numéro de la mutualité:.....
Adresse :

autorise pour la patiente mentionnée ci-dessus l'octroi d'une intervention forfaitaire pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées pour chacun des 6 traitements autorisés :

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.

De plus :

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

La bénéficiaire présente une intolérance au citrate de clomifène

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 dans un cas documenté d'infertilité féminine inexplicée, d'endométriose modérée ou de stérilité cervicale, ou d'un cas documenté de sub-fertilité modérée masculine.

De plus :

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

La bénéficiaire présente une intolérance au citrate de clomifène.

L'octroi d'un forfait pour un tel traitement est limité à un maximum de 6 traitements complets par bénéficiaire.

Chaque bénéficiaire ne peut recevoir, au cours de sa vie, qu'une autorisation pour 6 forfaits pour un traitement visé au 1° **et** qu'une autorisation pour 6 forfaits pour un traitement visé au 2°.

Le présent document doit être conservé par la bénéficiaire. Il doit être complété, daté et signé au moment de l'induction de l'ovulation par le 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, responsable du traitement pour la bénéficiaire visée ci-dessus.

Traitement autorisé	Date de l'induction d'ovulation	Cachet du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique responsable du traitement	Date et Signature
1	□□ / □□ / □□□□		□□ / □□ / □□□□
2	□□ / □□ / □□□□		□□ / □□ / □□□□
3	□□ / □□ / □□□□		□□ / □□ / □□□□
4	□□ / □□ / □□□□		□□ / □□ / □□□□
5	□□ / □□ / □□□□		□□ / □□ / □□□□
6	□□ / □□ / □□□□		□□ / □□ / □□□□

