ANNEXE A3 : Modèle du formulaire à conserver à la disposition du médecin conseil par le pharmacien hospitalier :

Formulaire à conserver à la disposition du médecin conseil par le pharmacien hospitalier, entièrement complété par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique attaché à un hôpital disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B, préalablement à la facturation d'un forfait PMA1 pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre de fécondations in vitro, conformément à l'article 2 de l'AR du 6 octobre 2008 **ou** PMA2 lorsqu'elles sont utilisées pour un receveur d'ovocyte(s) (cycle artificiel) dans le cadre de dons d'ovocyte(s), conformément à l'article 3 de l'AR du 6 octobre 2008, et préalablement à la réalisation des activités de laboratoire requises pour l'insémination au moyen de FIV/d'ICSI d'ovules pour le cycle concerné.

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

| | | |

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