

## Annexe J



### **Demande de prise en charge d'un traitement de Procréation médicalement assistée (PMA) par FIV ou par ICSI**

Données concernant la personne protégée :

Numéro d'identification	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>			
Prénom(s)	<input type="text"/>			
Adresse	<input type="text"/>			
Lieu et date de naissance	<input type="text"/>			
Caisse de maladie	<input type="text"/>			

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie que :

- la personne protégée susmentionnée nécessite une mesure de PMA ;
- la personne protégée susmentionnée est âgée de moins de 43 ans accomplis ;
- la demande d'une PMA n'est pas due à une ligature des trompes ou une vasectomie.

traitement prévu à l'étranger       traitement prévu au Luxembourg

Si la PMA est prévue à l'étranger, une demande d'autorisation de transfert à l'étranger conjointe est indispensable.

**Date :**

**Cachet et signature du médecin prescripteur :**