

Nom et Prénom de Mme

Nom et Prénom de M

Adresse

Tel : ** * * * *

Email : ****@***

A l'attention du Médecin Conseil du Service Médical

Caisse Primaire d'Assurance Maladie du *****

Adresse

N° de Sécurité Sociale : *****

Le ***** , à *****

Lettre recommandée avec avis de réception

Objet : Demande d'entente préalable pour un don d'ovocytes programmé à l'étranger.

Madame, Monsieur le Médecin Conseil,

Nous soussignés M **** et Mme **** sollicitons par la présente une entente préalable pour la prise en charge d'un don d'ovocytes en ***** à la clinique ***** dans la ville de ****. En effet notre gynécologue, le Docteur ***** nous a indiqué qu'il s'agit de la seule et unique solution pour avoir un enfant, Mme souffrant d'une insuffisance ovarienne.

Mon mari a ** ans et j'ai ** ans, nous habitons ensemble depuis ** ans et/ou nous /sommes mariés/sommes pacsés/vivons maritalement/ depuis le **/**/**.

Nous essayons d'avoir un bébé, et ce sans succès depuis ** ans.

Détaillez en quelques lignes votre parcours médical et précisez impérativement le nombre de cycles complets de FIV effectués (un cycle complet = une ponction + un transfert) et le lieu : clinique, nom gynécologue, dates.

Si une FIV a donné lieu à un début de grossesse, le mentionner aussi (cela fait repartir à zéro le compteur des 4 FIV prises en charge)

Exemple : en France nous avons effectué 3 inséminations et 3 FIV (dont une seule a abouti à un transfert), pratiqués par le docteur B de l'hôpital A à Paris. L'équipe pluridisciplinaire en charge du suivi de notre dossier a alors décidé que la qualité de mes ovocytes ne permettrait pas d'aboutir à une grossesse. Notre médecin nous a dès lors informés de la nécessité de faire un nouvel essai avec les ovocytes d'une donneuse.

Les conditions qui régissent les soins programmés à l'étranger (décret n°2014-516 du 22 mai 2014) nous semblent donc réunies et nous espérons que vous donnerez une suite favorable à notre demande, cette solution étant la plus à même de faire aboutir notre projet parental.

Nous restons à votre disposition pour vous transmettre tous renseignements et documents que vous jugeriez utile à l'examen de notre demande et nous vous prions d'agréer l'expression de nos salutations distinguées.

Nom Prénom M

Nom Prénom Mme

Signature

Signature



Informations sur : <http://www.fiv.fr/dossier-de-remboursement-secu-cpam-don-d-ovocyte-fiv-do>