



Information sur les critères d'admissibilité

Critères d'admissibilité aux services de PMA assurés :

- Les critères d'admissibilité aux services assurés de procréation médicalement assistée (PMA) requis à des fins d'**insémination artificielle** et de **fécondation *in vitro* (FIV)** sont les suivants :
 - La personne seule ou les conjoints sont des personnes assurées par le régime public d'assurance maladie.
 - La personne seule ou l'un ou l'autre des conjoints n'a jamais formé auparavant un projet de procréation assistée dans le cadre du programme actuel des services assurés.
 - Dans le cas de conjoints, l'un ou l'autre est infertile ou dans l'incapacité de se reproduire.
 - La personne seule ou l'un ou l'autre des conjoints n'a pas fait l'objet d'une stérilisation chirurgicale volontaire ou d'une réanastomose des trompes ou des canaux déférents.
 - L'homme est âgé de 18 ans ou plus au moment de la dispensation du premier service du projet de procréation assistée.
- En plus des critères d'admissibilité mentionnés au point 1 ci-haut, les services de PMA requis à des fins d'**insémination artificielle** sont considérés comme des services assurés uniquement si la condition suivante est respectée :
 - La femme est âgée de 18 ans ou plus et de moins de 41 ans au moment de la stimulation ovarienne (cycle ovulatoire stimulé ou naturel modifié), au premier jour du cycle menstruel (ovulatoire naturel), ainsi qu'au moment de toute insémination artificielle.
- En plus des critères d'admissibilité mentionnés au point 1 ci-haut, les services de PMA requis à des fins de **FIV** sont considérés comme des services assurés uniquement si les conditions suivantes sont respectées :
 - La femme est âgée de 18 ans ou plus et de moins de 41 ans au moment de la stimulation ovarienne (ovulatoire stimulé ou naturel modifié), ou au moment de la ponction ovarienne (ovulatoire naturel).
 - La femme est âgée de moins de 42 ans lors du dernier transfert d'embryon congelé.

Engagement

Je soussigné(e) _____ confirme que

Prénom et nom de famille de la personne assurée

les renseignements indiqués sur ce formulaire sont exacts et complets :

- Je suis une personne assurée par le régime public d'assurance maladie.
- Je n'ai jamais formé auparavant un projet de procréation assistée dans le cadre du programme actuel des services assurés.
- J'ai reçu un diagnostic d'infertilité ou je suis dans l'incapacité de me reproduire.
- Je n'ai pas fait l'objet d'une stérilisation chirurgicale volontaire ou d'une réanastomose des trompes ou des canaux déférents.

Je m'engage à informer le centre de procréation assistée de toute naissance issue des services de PMA.

Je m'engage à informer le centre de procréation assistée de tout changement relatif à ma situation.

Signature de la personne assurée

Année Mois Jour

Date

Signature du professionnel qui a donné l'information

Numéro du professionnel

Année Mois Jour

Date

Ce formulaire d'engagement doit être conservé dans le dossier de la personne assurée par le centre de procréation assistée.