

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 ou en service actif dans les Forces armées canadiennes et elles résident au Québec.
 - 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, dans l'incapacité de se reproduire ou présente un risque élevé de concevoir un enfant atteint d'une maladie héréditaire ou d'un remaniement chromosomique hérité grave, invalidant ou mortel pour lequel il n'y a pas de traitement permettant d'en neutraliser le caractère grave, invalidant ou mortel.
 - 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 (cycle 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.
Ou
Je suis une personne en service actif dans les Forces armées canadiennes et je réside au Québec.
- 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, je suis dans l'incapacité de me reproduire ou je présente un risque élevé de concevoir un enfant atteint d'une maladie héréditaire ou d'un remaniement chromosomique hérité grave, invalidant ou mortel pour lequel il n'y a pas de traitement permettant d'en neutraliser le caractère grave, invalidant ou mortel.
- 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

Signature du professionnel qui a donné l'information

Numéro du professionnel

Année	Mois	Jour
Date		

Année	Mois	Jour
Date		