CENTRE D’ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Hôpital Femme Mère Enfant-CHR Mercy/ Laboratoire Espacebio

**1, allée du château – 57085 METZ CEDEX 1**

Inductions de l’ovulation – Inséminations intra-conjugales  
Fécondations in vitro – Micromanipulations (ICSI)  
Prélèvements épididymaires et testiculaires – Cryoconservation

**DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (AMP) au centre de Metz**  
  
**Madame : ……………………………...                                 Monsieur : ………………………………………**  
Née le : ……………………………………………………. ...Né le : …………………………………………..  
  
Nom de jeune fille :  ……………………………  
  
Tél  : .........................................................................................Tél………………………………..:.........................                                                                             
Email : ......................................................................................Email : ......................................................................  
                                                                                                                                    
Certifions avoir demandé spontanément et d'un commun accord au centre de Metz  :   
une Assistance Médicale à la Procréation (AMP), pour notre couple.  
Certifions :      être mariés depuis le :   
                        ou pouvoir attester d'une vie commune  
                        ne pas être en  instance de divorce ou en cours de séparation de corps

Certifions avoir reçu le dossier-guide et avoir été informés des différentes techniques d'AMP et de leurs conséquences, ainsi que des alternatives à l'AMP représentées par l’adoption.

Certifions ce jour notre demande d'AMP, joignons les pièces suivantes à notre dossier :  
                   une photo de chaque conjoint  
                                photocopies des pièces d'identité  
                                photocopie de l'acte de mariage du livret de famille   
                                documents justificatifs  de vie commune

--> **Afin de ne pas retarder votre prise en charge, ces documents sont à adresser au secrétariat dans les 15 jours :**[**sec-AMP-hmm@chr-metz-thionville.fr**](mailto:sec-AMP-hmm@chr-metz-thionville.fr)

**** **Nous nous engageons à informer l'équipe médicale de toute modification concernant notre situation de couple, notre lieu de résidence et nos numéros de téléphone**   
  
**A noter que l'assurance maladie a fixé la limite de remboursement des frais au 43éme anniversaire de madame.**  
  
 NB : pour toute information complémentaire concernant les techniques d'AMP, n'hésitez pas à vous rendre sur notre site internet :     <https://www.docvadis.fr/amp.metz/>      
  
Fait à Metz le                                 
Signatures précédées de la mention "Lu et approuvé"   : Madame                                                                                         Monsieur