

La période de référence à prendre en compte pour appliquer ces nouvelles dispositions est l'année du dernier frottis, du dernier examen cytopathologique facturé à l'assurance soins de santé, comme présenté dans le tableau ci-dessous.

| | |
|---|---|
| Année de facturation des dernières prestations effectuées (114030-114041, 149612-149623, 588350-588361, 588873-588884*, 588932-588943*) | Année de facturation à accepter pour les prochaines prestations (114030-114041, 149612-149623, 588350-588361, 588873-588884*, 588932-588943*) |
| 2007 | 2009 |
| 2008 | 2010 |
| 2009 | 2011 |
| 2010 | 2012 |
| 2011 | 2013 |
| Etc pour les années suivantes | etc |

* codes entrées en vigueur le 01.07.2009

2° En ce qui concerne les prestations effectuées dans le cadre du **suivi diagnostique ou thérapeutique** (114170-114181, 149634-149645, 588895-588906, 588954-588965), la règle d'application précise pour les prestations 114170-114181 et 149634-149645 (prélèvement article 3) que ces prestations ne peuvent être portées en compte à l'assurance soins de santé qu'au maximum 2 fois par année civile jusqu'à négativation de l'examen. La règle d'application des prestations 588895-588906 et 588954-588965 (cette dernière étant liée à la prestation 588895-588906) prévoit que ces prestations peuvent être portées en compte à l'assurance soins de santé 2 fois par « an », jusqu'à négativation de l'examen. Tant pour les prestations concernant le prélèvement (article 3) que pour les prestations concernant l'examen cytopathologique (article 32, article 24), la période à prendre en compte doit être comprise comme « par année civile ».

La date de référence pour ces prestations est la date de première facturation de ces prestations.

3° La différenciation entre examens effectués dans le cadre d'un dépistage et examens effectués dans le cadre d'un suivi diagnostique et thérapeutique étant nouvelle, les arrêtés royaux n'ayant pas d'effet rétroactif, il n'y a pas lieu de récupérer les remboursements pour des frottis effectués avec une fréquence supérieure à celle définie par ces arrêtés royaux pour des périodes antérieures à l'entrée en vigueur de ces arrêtés royaux.

Il est bien entendu que les prestataires ont l'obligation d'utiliser les codes correspondant à la situation clinique concrète (dépistage ou suivi diagnostique ou thérapeutique) à partir du 1^{er} juillet 2009.

En cas de dépistage, le point 1° est à considérer.

En cas de suivi diagnostique ou thérapeutique, la date de référence à considérer est celle de la première facturation des prestations 114170-114181, 149634-149645, 588895-588906, 588954-588965.

En pratique, si une patiente effectue un frottis cervico-vaginal avec analyse cytopathologique le 30 juin 2009, qui seront remboursés selon la réglementation en vigueur jusqu'au 30 juin 2009, avec un résultat normal, elle pourra obtenir le remboursement pour des futures prestations effectuées en dépistage (114030-114041, 149612-149623, 588350-588361, 588873-588884, 588932-588943) seulement à partir du 1^{er} janvier 2011.

Si le résultat s'avère anormal, elle pourra bénéficier du remboursement des prestations effectuées dans le cadre d'un suivi diagnostique ou thérapeutique (114170-114181, 149634-149645, 588895-588906, 588954-588965) à raison de 2 fois par année civile, pour autant que les autres règles d'application soient respectées. Dans notre exemple la patiente pourrait bénéficier d'une ou deux des prestations 114170-114181, 149634-149645, 588895-588906, 588954-588965 en 2009, en 2010, 2011 ou jusqu'à négativation de l'examen.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexes : nihil