Frottis cervicovaginal et examen cytopathologique

Dans notre dernier numéro de l'«e-spécialiste» (lettre d'information du GBS n° 98 du 29.07.2009), nous vous avons transmis les renseignements de l'INAMI (Circulaire O.A. n° 2009/311 du 28.07.2009) concernant les nouvelles dispositions de remboursement prévues dans les A.R. du 04.05.2009 (M.B. des 19.05.2009 et 29.05.2009) qui sont entrés en vigueur le 1er juillet 2009.

Quid cependant lorsque la patiente, en accord avec son médecin, souhaite un examen qui ne répond pas à ces règles de remboursement, par exemple lorsque, bien que son praticien l'ait expressément informée des restrictions de la réglementation en matière de remboursement, elle souhaite un frottis cervicovaginal en vue d'un examen à effectuer par un pathologiste, sans attendre que le délai réglementaire de deux ans ne soit écoulé?

Cet acte médical non remboursable suivant la réglementation de l'INAMI requiert :

1° un “consentement éclairé” donné expressément comme prévu à l'article 8 de la Loi relative aux droits du patient du 22.08.2002 (M.B. du 26.09.2002) et qui, en l'espèce pour éviter tout malentendu, est fixé par écrit par le patient et par le médecin effectuant le frottis, et ce d'autant plus qu'il doit être joint comme justificatif (par conséquent en double exemplaire) à la demande adressée au pathologiste qui effectuera l'examen cytopathologique.

2° une mention séparée comme "acte médical non remboursable par l'INAMI" sur une attestation de soins[1] sans mention d'aucun code de nomenclature INAMI. De préférence sur une attestation séparée[2] dont la partie non applicable (partie supérieure, destinée à la mutuelle) est barrée ou est pourvue de la mention "non applicable", de préférence par la patiente en personne. En tout cas, l'attestation de soins ne peut pas être utilisée par la suite pour obtenir un quelconque remboursement de la mutuelle (aucune vignette ne peut par exemple y être apposée et l'attestation ne peut pas être envoyée à la mutuelle).

3° un formulaire de demande destiné au pathologiste, signé pas seulement par le médecin traitant mais bien par les deux acteurs du consentement éclairé, ainsi éventuellement que l'engagement de la patiente à régler les frais de l'examen à la réception de la facture (N.B. un engagement de paiement n'est valable que si le montant exact de l'engagement figure sur le document). Il est extrêmement important que le formulaire de demande soit <u>totalement</u> dissocié des documents habituels de prescription dans le cadre de l'INAMI.

4° En ce qui concerne plus particulièrement le laboratoire d'anatomie pathologique :
La copie du consentement éclairé entre le médecin traitant et la patiente (voir l’exemple ci-après) qui est transmise au laboratoire avec la demande, offre des garanties suffisantes d'un règlement correct. Il convient toutefois de s'assurer qu'il n'y a pas de situations "ambiguës", par exemple dans le cas d'un demandeur envoyant un formulaire de prescription classique pourvu d'une vignette O.A. avec les données administratives et de mutuelle de la patiente. Encore une fois, aucun élément du document ne peut laisser à penser qu'un remboursement par l'AMI est envisagé.
De plus, comme les honoraires pour l'examen cytopathologique sont directement réclamés à la patiente, avec paiement par virement, il n'est pas nécessaire de délivrer un reçu. A fortiori, il ne peut pas être délivré d'attestation de soins données.

---

[1] En fait, elle ne peut servir que de reçu fiscal en ce qui concerne cette prestation. Dans ce cas, elle sert uniquement d'attestation de soins par exemple pour la consultation éventuelle.

[2] Dans ce cas, l'attestation sert uniquement de reçu.

Lorsque le laboratoire est situé dans un hôpital, plusieurs dispositifs internes doivent être prévus par le biais du conseil médical notamment en ce qui concerne la perception centrale des honoraires.

En ce qui concerne les honoraires :
En principe, le médecin fixe librement les honoraires pour une prestation non prévue dans la nomenclature. Toutefois, dans ce cas-ci, il s'agit d'un acte médical (aussi bien le frottis que l'examen cytopathologique) qui est prévu dans la nomenclature mais qui, à la demande de la patiente, est effectué sans que les règles de remboursement ne soient remplies. Si le médecin (le médecin traitant ou le pathologiste) est conventionné, la patiente a dès lors tout à fait le droit d'exiger le tarif de la convention. Si la prestation est effectuée dans un hôpital (service policlinique ou laboratoire AP), les obligations légales en matière d'information par l'administration de l'hôpital sont également d'application[3].

Exemple de document de « consentement éclairé »:

“Consentement donné conformément à l'art. 8 de la Loi relative aux droits du patient”.

La patiente soussignée, Mme ……..... , après avoir été suffisamment informée de la réglementation en vigueur et sachant de ce fait qu'elle n'a droit à ce jour à aucun remboursement de la mutuelle en la matière, charge expressément le Dr ……..... d'effectuer un frottis cervicovaginal en vue d'un examen cytopathologique à sa demande.

Ainsi établi à ……..., le ……..... (date), en trois exemplaires, dont un est destiné à la patiente, un au Dr …..... et un au (Labo / Dr……..., médecin spécialiste en Anatomie pathologique) chargé d'effectuer l'examen cytopathologique.

Signature de la patiente
(pour accord)

Signature du médecin traitant

[3] Art. 50, § 3bis, de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14.07.1994 : ”Sans préjudice de la disposition du § 3, dernier alinéa, les tarifs qui découlent de la nomenclature sont les honoraires maximums qui peuvent être exigés pour les prestations dispensées dans le cadre des consultations à l'hôpital si, préalablement, le bénéficiaire n'a pas été expressément informé par l'établissement hospitalier sur l'adhésion ou non aux accords du dispensateur de soins au moment où les soins sont dispensés.”

Exemple d'une demande d'examen cytopathologique

“La patiente soussignée, Mme ……, domiciliée à (code postal, commune, adresse complète)……..…….. charge par la présente le Dr ……...../ le laboratoire d'Anatomie pathologique (adresse) .....……
d'effectuer l'examen cytopathologique sur le prélèvement me concernant fourni par le Dr……....., conformément à la déclaration de consentement ci-jointe (art. 8. Loi relative aux droits du patient).
Veuillez transmettre la correspondance s'y rapportant directement au Dr……....., médecin traitant.

La soussignée s'engage à régler les honoraires correspondants, à savoir …..... €, à la réception de la facture.

Date : ..... Signature de la patiente : .....