

II. Le remboursement de la procréation médicalement assistée (PMA) de patientes belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse - Remboursement des frais de laboratoire - Modification du montant de l'intervention de l'assurance à partir du 1^{er} juillet 2021

En vigueur à partir du 1^{er} juillet 2021.

I. Introduction

Suite à la transposition de la *Directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers* dans la réglementation belge, une autorisation préalable (sous la forme d'un document S2 ou d'un document *ad hoc* similaire) n'est plus requise depuis le 25 octobre 2013 pour obtenir le remboursement des frais d'un traitement dans le cadre de la procréation médicalement assistée (PMA) des assurées belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.

La Directive 2011/24/UE stipule que les frais de soins de santé transfrontaliers doivent être remboursés par l'État membre d'affiliation (p. ex. la Belgique) sur la base des règles et des tarifs de l'assurance maladie légale jusqu'à concurrence du montant qui aurait été pris en charge par cet État membre si les soins de santé avaient été dispensés sur son territoire.

Ceci signifie que :

- le remboursement ne concerne que les soins de santé qui sont également remboursés en Belgique (= les conditions belges de remboursement doivent être remplies, telles que p. ex. la condition de l'âge et l'accord du médecin-conseil¹ pour le remboursement d'un maximum de six tentatives...)
- le remboursement ne peut jamais être supérieur au remboursement prévu pour les mêmes soins de santé en Belgique.

1. Annexe 2A de l'A.R. instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine.

Nous devons toutefois constater que certaines prestations de santé, lorsqu'elles sont dispensées sur le territoire belge, ne sont pas remboursées via la nomenclature des prestations de santé, mais qu'elles sont prises en charge par d'autres canaux, tels que le forfait de financement des frais de laboratoire dans le cadre de la PMA, qui est financé par le budget des moyens financiers des hôpitaux (BMF).

II. Remboursement de la procréation médicalement assistée de patientes belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse - Principes généraux

Une bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé a droit au remboursement des frais d'un traitement dans le cadre de la PMA dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.

Le remboursement de ces frais peut être subdivisé en trois catégories :

- (i) un remboursement des frais pour les prestations de santé dans le cadre de la PMA, conformément à la nomenclature des prestations de santé (A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) ;
- (ii) un remboursement pour les spécialités pharmaceutiques utilisées dans les traitements de l'infertilité féminine, conformément à la circulaire aux hôpitaux généraux n° 2008/29 du 16 décembre 2008 concernant l'arrêté royal du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les spécialités pharmaceutiques utilisées dans les traitements de l'infertilité féminine, telle que modifiée par la circulaire aux hôpitaux généraux n° 2009/6 du 5 mars 2009 et la circulaire aux hôpitaux généraux n° 2014/3 du 10 janvier 2014 ;
- (iii) une prise en charge du forfait de financement des frais de laboratoire tel que visé à l'article 74bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. Ce forfait ne peut pas être porté en compte à la patiente, qu'elle soit hospitalisée ou traitée de façon ambulatoire. L'article 74bis susvisé précise qu'il "... [^][est] interdit aux centres de médecine de la reproduction de facturer à la patiente les coûts visés au deuxième alinéa pour les cycles qui répondent aux conditions visées dans cet article ...".

Exemple :

Une femme de 34 ans, bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire belge et en possession d'un accord du médecin-conseil, se rend en Espagne pour un traitement FIV ambulatoire. Madame paie la facture dans laquelle un certain nombre de prestations de santé, de médicaments et de frais de laboratoire lui sont portés en compte. À son retour en Belgique, elle demande à son organisme assureur de lui rembourser ces frais. L'organisme assureur lui octroie une intervention dans les frais pour :

- les prestations de santé (sur la base de la nomenclature, cf. (i) ci-dessus)
- les médicaments (sur la base de la circ. aux hôpitaux généraux n° 2008/29, telle que modifiée, cf. (ii) ci-dessus)
- les frais de laboratoire, à concurrence du montant réellement payé, qui ne peut toutefois jamais être supérieur au montant prévu à l'article 74bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 (cf. (iii) ci-dessus).

Les organismes assureurs ont fait savoir que l'exécution technique du remboursement des frais de laboratoire dans le cadre d'un traitement de PMA – voir (iii) ci-dessus – dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse leur pose des problèmes.

III. Remboursement de la procréation médicalement assistée de patientes belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse - Remboursement des frais de laboratoire

Les organismes assureurs peuvent effectuer le "remboursement des frais de laboratoire dans le cadre d'un traitement de PMA dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse" au moyen de l'un des pseudocodes suivants :

559672 - ambulatoire

559683 - hospitalisation

Le montant de l'intervention de l'assurance est identique au montant (indexé) prévu à l'article 74bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, à savoir **1.620,46 EUR par cycle** (à partir du 01.07.2021).

IV. Divers

1. Le remboursement d'un cycle de traitement de la PMA dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse doit être repris dans le compteur du nombre maximum de six (6) cycles qui peuvent faire l'objet, par femme, d'un remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé.
Ces pseudocodes de la nomenclature permettent aux organismes assureurs de respecter minutieusement le nombre maximum de six (6) cycles par femme pouvant faire l'objet d'un remboursement si une patiente suit des cycles de traitement en même temps dans un centre de fertilité belge doté d'un **agrément A ou B** et dans un centre de fertilité dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.
2. Les frais de laboratoire dans le cadre d'un traitement de PMA ne peuvent être remboursés à condition que les activités de laboratoire ont lieu dans un établissement hospitalier qui est agréé par les autorités du pays de traitement.
Une facture de l'hôpital peut être considérée comme une preuve concluante que les activités de laboratoire ont eu lieu dans un établissement hospitalier.
3. Ces pseudocodes de la nomenclature ne seront en principe utilisés que dans la relation entre l'assurée et son organisme assureur pour le remboursement des soins de santé dispensés à l'étranger en vertu de l'article 294, § 1^{er}, 13^o ou 14^o, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Les dépenses réalisées sur la base de ces dispositions doivent être mentionnées dans le document IV.11 (respectivement sous les codes comptables 653 et 654).

Abroge la circulaire O.A. n° 2019/175² - 392/82 - 80/118 du 29 mai 2019.



Circulaire O.A. n° 2021/203 - 392/85 - 80/126 du 8 juillet 2021.