



POD | Maatschappelijke Integratie
SPP | Intégration Sociale

FAQ's MediPrima

Version 10.0

20/4/2016

Contenu

1	Le CPAS.....	2
1.1	La décision :	2
1.2	Le genre de la personne dans MediPrima	4
1.3	Modification et arrêt de la décision	5
1.4	Introduction de formulaires D2 par le FrontOffice pour motif exceptionnel :	7
1.5	Le formulaire d'information	8
1.6	Mutations et suspension	8
1.7	La décision judiciaire.....	9
1.8	L'inspection du SPP IS	10
2	Le prestataire	11
2.1	Accès au webservice MediPrima (consultation) :	11
2.2	Utilisation des formulaires d'enquête sociale par les prestataires.....	11
2.3	La consultation de MediPrima par le prestataire.....	13
2.4	La couverture et le numéro d'engagement.....	13
2.5	La facturation.....	15
2.6	Soins nécessitant l'avis d'un médecin-conseil.....	15
2.7	L'attestation d'aide médicale urgente	15

1 Le CPAS

1.1 La décision :

La consultation de la base de données peut-elle aussi se faire autrement qu'à l'aide du NISS?

Non. Il faut obligatoirement un NISS. La base de données permet d'ailleurs d'introduire une décision par NISS. Pour les besoins des prestataires de soins, un champ 'NISS' a dès lors été prévu sur le document 'Formulaire d'information relatif à l'aide médicale' pour chaque bénéficiaire mineur supplémentaire.

Seulement le CPAS-gestionnaire de la décision électronique peut consulter la base de données sur le numéro de décision et le numéro de version.

Quand une décision électronique d'un CPAS existe mais que je ne suis pas repris en tant que prestataire de soins, avec qui dois-je prendre contact?

Le prestataire de soins est supposé prendre contact avec le centre qui a déjà introduit une décision dans la base de données et non avec le CPAS de sa propre commune.

Au cas où le prestataire de soins prend quand même contact avec un autre CPAS (CPAS B), il revient au CPAS B (qui peut également constater qu'une décision a déjà été prise par le CPAS A) de renvoyer la personne vers le CPAS A qui s'est déjà engagé.

Quelle est la différence entre une décision de principe et une décision exécutoire avec engagement de paiement (ou garantie de prise en charge)?

Une décision de principe est une décision du CPAS par laquelle il reconnaît sa compétence et fait savoir que l'intéressé est dans le besoin. Il s'agit donc d'une décision prise (par le Conseil ou par délégation) après réalisation d'une enquête sociale. La différence avec l'engagement de paiement réside dans le fait qu'aucune aide médicale spécifique n'est encore définie et qu'aucun numéro d'engagement n'apparaît dans la base de données.

Quand le CPAS introduit une décision électronique (ou une modification d'une décision) dans la base de données MediPrima, alors que cette décision n'a pas encore été ratifiée par un Conseil de l'Aide Sociale, quelle date faut-il utiliser comme date de décision ? La date à laquelle la décision a été prise ou la date (dans le futur) de la ratification ?

En principe, il s'agit ici d'une décision prise par délégation. Il s'agit toujours de la date à laquelle la décision a été prise et non de la date à laquelle le Conseil ratifie cette décision.

La date de la décision, qui compte dans MediPrima pour le calcul du délai de 60 jours, correspond-elle nécessairement à la date du conseil ou du comité spécial?

Non. Le CPAS peut déléguer cette compétence en interne. La décision prise devra ensuite être ratifiée.

Nous n'arrivons pas à consulter, simuler, créer et/ou modifier la décision de la personne portant le NISS XX.XX.XX. XXX-XX, nous obtenons le message d'erreur : SSIN Unknown for client in this legal context (Le numéro national est inconnu pour le cpas dans ce contexte - Le service n'a fourni aucune information en retour).

Vous obtenez ce message parce que la personne n'est pas intégrée correctement. En effet, la personne pour laquelle vous consultez, simulez, créez et/ou modifiez une décision doit toujours être intégrée le jour où vous effectuez la manipulation.

Nous avons constaté que, lors de l'encodage, nous mentionnons bien attestation AMU OUI mais lorsque la décision est générée la mention AMU indique NON. Impossible de mettre la bonne attestation.

Attention, la case AMU oui/non ne **peut pas** être complétée par le CPAS. Cette information est alimentée par le SPP-IS en fonction du statut de la personne, lors de l'enregistrement d'une décision électronique.

Si l'information retournée est erronée, c'est qu'il y a probablement une discordance entre les informations du SPP-IS et celles du CPAS concernant le statut de la personne. Les informations peuvent, le cas échéant, être adaptées dans la base de données du SPP-IS, sur demande du CPAS adressée via question@mi-is.be – tél : 02 508 85 86.

Nous souhaitons créer une nouvelle décision pour la période du 01/02/2014 au 30/04/2014 mais nous obtenons systématiquement le message suivant : "La date de début de la couverture {0} est antérieure à la date du jour, vous ne pouvez donc plus augmenter cette date mais uniquement la diminuer afin de ne pas restreindre les droits du bénéficiaire."

Vous obtenez ce message d'erreur car vous n'êtes pas en mode 'création' mais bien en mode 'modification'. En effet, la requête que vous avez envoyée modifie la décision qui porte le numéro 00000XXXXXXX et qui est valable pour la période du 01/11/2013 au 31/01/2014.

Il n'est pas autorisé de restreindre les droits dans la passé. En changeant la date début au 01/02/2014, vous diminuer les droits.

Deux possibilités:

1. Soit vous êtes en mode modification : vous devez laisser la date du 01/11/2013 comme date de début et indiquer la date du 30/04/2014 comme date de fin. Vous restez donc dans la même décision électronique mais vous la prolongez, en créant une nouvelle version avec une période de validité plus grande.
2. Soit vous passez en mode création et créez une toute nouvelle décision pour la période du 01/02/2014 au 30/04/2014. Vous remarquerez alors que vous obtiendrez un nouveau numéro de décision.

Quid du délai de 60 jours si un CPAS ne peut collecter tous les éléments de l'enquête sociale à temps?

Le CPAS doit légalement prendre une décision dans les 30 jours suivant la demande d'aide. Il peut d'ailleurs aussi prendre une décision de principe.

Le CPAS souhaite encoder une décision dans MediPrima mais rencontre des problèmes techniques.

De ce fait, la décision n'a pas pu être encodée endéans les 8 jours. Le CPAS peut se couvrir par rapport aux inspections en gardant les échanges de mails avec le Helpdesk.

1.2 Le genre de la personne dans MediPrima

Le genre de la personne est indispensable pour que la CAAMI puisse rembourser les soins médicaux pour compte du SPP IS : certaines prestations dépendent en effet de cette donnée.

Mais l'information n'est pas toujours présente : en effet, si pour toutes les personnes connues au registre de la population le code sexe est obligatoire, il est possible de créer un numéro BIS sans le mentionner.

Pour éviter les refus de remboursement de la CAAMI, il a fallu rendre l'information obligatoire lors de la création ou de la modification d'une décision de prise en charge. Désormais donc, lors de la création d'une décision, le CPAS doit absolument ajouter la donnée sexe dans le

registre BIS si elle n'est pas présente. Elle sera ainsi communiquée par la BCSS à l'application MediPrima. Si le code genre est absent, la création de la décision sera rejetée.

Cas particulier : lorsque le CPAS prend en modification un ancien dossier créé avant la mise en place du contrôle et pour lequel le code sexe est absent, il doit prendre contact avec le Helpdesk CPAS pour faire corriger la décision dans MediPrima.

1.3 Modification et arrêt de la décision

Modification relative à l'assurance maladie

Si la situation (de séjour) d'une personne est modifiée et si cette personne est alors assurable, le CPAS doit prendre les mesures nécessaires afin d'affilier cette personne à une mutuelle.

Dans ce cadre, une période de transition de 3 mois est toutefois tolérée. Pendant ce délai, les CPAS disposent du temps nécessaire pour affilier la personne concernée à une mutuelle. Ce délai peut être prolongé dans plusieurs cas. Le CPAS doit alors démontrer que l'affiliation prend plus de temps pour des motifs fondés.

La personne concernée demeure toutefois enregistrée dans MediPrima jusqu'à ce qu'elle soit assurée. Dès que la personne est affiliée à une mutuelle, la décision doit être suspendue dans la base de données MediPrima.

Si une personne a été affiliée avec effet rétroactif, le CPAS ne doit initier aucune démarche afférente au recouvrement des frais éventuels que l'État aurait déjà assumé au cours de la période concernée. Le SPP Intégration sociale et l'INAMI ont élaboré une procédure spécifique forfaitaire à cette fin.

Nous souhaitons ajouter une couverture à la décision 00000XXXXXXX mais obtenons le message suivant : "Une décision de prise en charge médicale pour ce bénéficiaire est déjà active au sein de votre CPAS. Veuillez modifier la décision existante. Il ne peut en effet pas y avoir plus d'une décision active en même temps pour un même bénéficiaire."

Vous obtenez ce message d'erreur car vous n'êtes pas en mode 'modification' mais bien en mode 'création'. En effet, il n'est pas autorisé de créer deux décisions pour la même personne et la même période.

Pour ajouter une couverture à la décision 00000XXXXXXX, il convient de modifier la dernière version de cette décision et, lors de cette modification, d'ajouter la couverture souhaitée.

Une décision (de principe) peut-elle être retirée avec effet rétroactif?

Non.

Quand les droits octroyés par une décision électronique sont étendus, sont-ils directement consultables?

Oui.

Les droits octroyés par une décision électronique peuvent-ils être étendus même si cette dernière n'est plus active?

Oui.

Quand les droits octroyés par une décision électronique sont limités ou supprimés, ces adaptations seront-elles directement consultables?

Non. Seul le CPAS qui prend la décision peut directement voir la restriction. Toutes les autres parties concernées ne la verront que le lendemain.

L'adaptation d'une décision signifie-t-elle une nouvelle décision à laquelle un nouveau contrôle du délai de 60 jours s'appliquera ou bien simplement l'exécution d'une décision initiale?

Lorsqu'une décision est adaptée (cocher certains volets, prolonger des périodes,...), il n'y a normalement pas de nouveau contrôle du délai de 60 jours.

La seule exception concerne le cas où le CPAS veut introduire pour un certain volet (par exemple, les soins ambulatoires) deux dates ou périodes différentes qui ne se suivent pas. Ce n'est pas possible techniquement. Le CPAS va donc devoir introduire une nouvelle décision électronique. Lors de l'introduction de cette décision, non seulement le contrôle du délai de 60 jours sera effectué mais le CPAS devra également veiller à ce que tous les autres volets actifs soient à nouveau repris dans la décision. Si tout cela découle de la même décision, la date de la décision dans la décision électronique peut rester la même.

Est-il possible de revenir sur une décision (de principe)?

Non. Il n'est pas possible de supprimer ni de mettre fin à une décision de manière rétroactive.

Quand une adaptation est apportée à une décision électronique, cela équivaut-il à une nouvelle décision?

Quand la date de la décision et la durée de validité sont les mêmes, il s'agit de la même décision avec extension. Dans ce cas, le numéro de la décision électronique est également maintenu mais le numéro de version va changer.

Le CPAS souhaite arrêter une décision au 15/09/2013, pour ce faire il doit envoyer une décision vers MediPrima au plus tard le 14/09/2013 avec comme date de fin le 15/09/2013. Le CPAS rencontre des problèmes techniques le 14/09/2013 et n'arrive pas à envoyer la décision. Que faire? Revoir la décision du Conseil/Comité et adapter la date de retrait? Y a-t-il une procédure de prévue?

Aucune procédure spécifique n'est prévue, il convient donc de revoir la décision et d'adapter la date.

Ajout de la date du changement dans le message d'erreur

En création de décision de prise en charge, le CPAS reçoit un avertissement bloquant lorsqu'il tente d'introduire une décision pour une période pendant laquelle le bénéficiaire change de statut.

Par exemple : pendant la période de la couverture demandée, il passe d'illégal à légal.

Le message d'erreur a été complété par une information importante pour le CPAS : la date de changement de situation de la personne. Ainsi, le CPAS peut créer une décision jusqu'à cette date en appliquent le bon refund code.

1.4 Introduction de formulaires D2 par le FrontOffice pour motif exceptionnel :

Le FrontOffice du SPP Is peut désormais introduire sous réserve d'une justification appuyée par des éléments de preuve probantes, une demandes de remboursements de frais médicaux hospitaliers via un formulaire D2 pour des bénéficiaires qui ont pourtant une décision de prise en charge MediPrima.

Les CPAS pourront introduire ces demandes par dérogation exceptionnelle via le FrontOffice du SPP IS dans des cas bien précis et strictement limités.

Exemple : une personne obtient un droit de séjour et peut s'assurer auprès d'une mutuelle avec effet rétroactif pendant 3 mois. Pendant cette période le SPP IS prend en charge la part patient - la part AMI étant payée par la mutuelle. Dans ce cas, le CPAS peut demander au FrontOffice le remboursement de la part patient des factures.

1.5 Le formulaire d'information

Faut-il coller une photo sur le formulaire d'information relatif à l'aide médicale?

La photo est obligatoire pour toutes les personnes majeures. Il est en effet relativement facile de prendre des photos à l'aide d'une webcam, d'un GSM,... Lorsque les CPAS tiennent aussi à ce qu'une photo des enfants soit à disposition, ils peuvent délivrer un document d'information distinct pour chacun d'eux.

Est-il possible de délivrer un formulaire d'information relatif à l'aide médicale distinct pour un enfant mineur?

Oui.

Lorsqu'une personne change de NISS, faut-il délivrer un nouveau formulaire d'information relatif à l'aide médicale?

Oui, sauf bien sûr si la personne dispose déjà d'autres documents officiels sur lesquels figure son nouveau NISS.

1.6 Mutations et suspension

En cas de mutation reçue par le SPP IS, quand l'accès aux données de la décision électronique sera-t-il bloqué?

L'accès aux données de la décision électronique est suspendu le lendemain du jour de réception de la mutation.

Quand le SPP IS bloque l'accès aux données de la décision électronique, un prestataire de soins peut-il encore obtenir un numéro d'engagement de paiement?

Non. Aucun engagement de paiement ne peut être obtenu dans la période intermédiaire. L'accès aux données est bloqué. Le prestataire de soins voit uniquement le CPAS concerné et non le contenu de la décision électronique.

Quand le SPP IS bloque l'accès aux données de la décision électronique, doit-il le notifier à l'intéressé?

Le SPP IS ne peut pas modifier les décisions des CPAS. La décision du CPAS reste donc valable. Le SPP IS ne fait que bloquer temporairement l'accès aux données de la décision parce qu'il y a modification (réduction) de l'intervention de l'État. Il incombe au CPAS de revoir éventuellement sa décision, ce qui réactivera l'accès aux données. Ce n'est que lorsque le CPAS prend une nouvelle décision qu'il faut contacter l'intéressé.

Lorsque le SPP IS bloque l'accès aux données de la décision électronique, la décision du CPAS reste-t-elle juridiquement active?

Dès que l'État est informé d'une modification (qui réduit l'intervention), il doit immédiatement en tenir compte. D'un point de vue juridique, la décision du CPAS (telle que notifiée à l'intéressée) reste cependant valable jusqu'au moment où elle est revue par le CPAS. Cette révision n'est pas rétroactive. Le CPAS reste donc responsable de sa décision pendant cette période intermédiaire (= période dont le CPAS a besoin pour revoir éventuellement sa décision).

1.7 La décision judiciaire

Selon la procédure de remboursement actuelle, le service d'inspection du SPP IS demande une notification dans les 60 jours suivant le jugement/arrêt. Cela vaut-il également pour les frais médicaux via MediPrima?

Non. Lors de l'introduction d'une décision électronique faisant suite à un jugement, le service d'inspection ne vérifiera pas si elle a eu lieu dans un délai de 60 jours suivant le jugement.

Comment est-ce que le CPAS récupère les subsides auprès du SPP IS suite à une condamnation? L'hôpital va-t-il devoir générer une nouvelle facture électronique? Scénario:

- Le CPAS refuse l'aide médicale et n'encode donc rien dans MediPrima.
- L'intéressé reçoit la facture des frais et introduit un recours au Tribunal.
- Le Tribunal condamne le CPAS.

Suite à la demande, nous vous confirmons les éléments de réponse suivants :

- Dans le scénario décrit, la facture n'a pas été payée par la CAAMI ;
- Le CPAS est néanmoins condamné à la prendre en charge ;
- Il doit créer une nouvelle décision avec effet rétroactif flag décision judiciaire activé.

- L'hôpital doit renvoyer une nouvelle facture via la CAAMI qui sera prise en compte dès lors par la CAAMI

Le CPAS condamné ne peut introduire une décision MediPrima pour la période pour laquelle il est condamné car un autre CPAS a déjà transmis une décision pour la même période. Comment doit-il procéder? Vu que le CPAS non condamné ne peut faire un retrait avec effet rétroactif de sa décision?

Le CPAS doit contacter le FrontOffice CPAS par e-mail, en joignant le jugement concerné en annexe. Sur la base des éléments dont il dispose, le frontOffice introduira les éléments manuellement.

Le CPAS refuse l'équivalent au Revenu d'intégration à une personne mais lui accorde la prise en charge des frais médicaux (et stipule que les ressources sont inférieures au RI). La personne se rend au Tribunal et celui-ci condamne le CPAS à octroyer l'équivalent au RI avec effet rétroactif. Comment réagira le SPP IS par rapport aux soins médicaux remboursés à 100% ? En effet le CPAS a coché ressources inférieures au RIS ne sachant pas qu'il allait être condamné ?

Les paiements effectués sont maintenus. Il faudra cependant tenir compte à l'avenir de la modification des revenus.

1.8 L'inspection du SPP IS

Dans le nouveau système, le service d'inspection du SPP IS accepte-t-il toujours une période transitoire de 3 mois (pouvant être prolongé si le CPAS apporte des éléments justifiant le retard d'affiliation) permettant aux CPAS d'affilier une personne assurable à une mutualité?

Oui.

Quand un CPAS est sanctionné à la suite d'une inspection effectuée par le SPP IS, sur quelle année budgétaire cette récupération doit-elle se faire?

La récupération doit être introduite sur l'année pendant laquelle l'inspection a eu lieu.

2 Le prestataire

2.1 Accès au webservice MediPrima (consultation) :

Quelles sont les conditions d'utilisation et d'accès des hôpitaux à la banque de données MediPrima ?

Pour l'accès à la Webapp de consultation de MediPrima, le **Gestionnaire local** de la qualité « Prestataires de soins : hôpital » ouvre les accès à qui de droit (l'utilisateur MediPrima). L'utilisateur se connecte à la plateforme eHealth via sa carte d'identité électronique (eID) et choisit dans « les services en ligne » l'application « MediPrima ».

2.2 Utilisation des formulaires d'enquête sociale par les prestataires

Selon la loi, c'est au CPAS compétent, et non à l'hôpital, qu'il incombe de faire l'enquête sociale. Pour le formulaire « enquête sociale en cas de soins urgents/d'hospitalisation urgente » : confirme-t-on que l'hôpital fournit les renseignements en sa possession et qu'il revient au CPAS de remplir les rubriques non complétées ?

Oui, le formulaire est une « bonne pratique » de collaboration entre les deux institutions que le SPP IS encourage vivement, mais le CPAS reste en fin de compte le seul responsable de l'enquête sociale.

Le formulaire d'enquête sociale prévoit un espace pour la signature du patient, qui autorise ainsi l'hôpital à introduire une demande d'intervention du CPAS en son nom.

Or, surtout dans les cas d'urgence, il arrive que le patient ne soit pas capable de signer la demande ou de mandater quelqu'un pour le faire. Confirme-t-on, comme le veut la jurisprudence, que la demande non signée par le patient et introduite par l'hôpital, est valable ?

La demande non signée est valable si elle est accompagnée d'un certificat d'un médecin attestant l'incapacité de la personne de signer elle-même.

Qui doit payer la facture de l'hôpital si le CPAS n'a pas fait les démarches imposées par MediPrima (pas d'enquête sociale, retard ou absence d'encodage de la décision du CPAS dans la banque de données, erreur d'encodage,...) ?

Absence d'enquête sociale : si le contrôle à posteriori par l'inspection du SPP Intégration sociale montre que l'enquête sociale manque alors que le CPAS a ouvert les droits, le SPP IS va demander le remboursement au CPAS :

- En cas d'erreur ou de retard du CPAS, lorsque l'hôpital constate que la décision fait défaut, il doit contacter le CPAS pour demander une couverture
- Ce n'est qu'en cas de décision négative du CPAS qu'il doit adresser la facture au client.

Y a-t-il une procédure de recours du CPAS pour obtenir l'intervention de la CAAMI (par exemple en cas d'erreur d'encodage par le CPAS dans la banque de données) ?

Non, il y a plutôt des traitements d'exception en cas de problèmes exceptionnels, qui peuvent éventuellement passer par le SPP Intégration sociale.

Comment l'hôpital est-il informé officiellement des décisions du CPAS (décision de principe et décision de prise en charge) ? Est-ce par un courrier du CPAS ou en consultant la banque de données ?

Via MediPrima. Par ailleurs, la notification de la décision du CPAS au bénéficiaire reste d'actualité.

Dans quel délai maximum l'hôpital est-il informé des décisions du CPAS ?

Dès qu'il y a décision, le CPAS a 8 jours pour l'introduire dans le système MediPrima.

Dans quel délai maximum la CAAMI doit-elle envoyer son fichier de décompte à l'hôpital ?

La CAAMI suit pour ses paiements MediPrima les mêmes règles et délais que dans le cadre de l'INAMI.

Dans quel délai la CAAMI doit-elle payer la somme due à l'hôpital ? A-t-on prévu des intérêts de retard ?

La CAAMI suit pour ses paiements MediPrima les mêmes règles et délais que dans le cadre de l'INAMI. Il n'y a toutefois pas de sanction prévue en cas de retard.

Quelles sont les démarches prévues pour les patients indigents, non connus de la base de données MediPrima ?

S'il n'y a pas d'urgence médicale, le patient doit introduire une demande d'aide auprès du CPAS compétent avant de bénéficier de soins.

2.3 La consultation de MediPrima par le prestataire

S'il existe plusieurs décisions de prise en charge ou variantes de décision au cours de la période de consultation ?

S'il y a eu plusieurs couvertures différentes pour une même période de consultation – plusieurs décisions et/ou plusieurs versions de décision qui ont été valides successivement, MediPrima communique toutes ces décisions ou versions.

2.4 La couverture et le numéro d'engagement

Que se passe-t-il si un CPAS refuse d'étendre une décision après qu'un prestataire de soins le lui a demandé?

Dans ce cas, le prestataire de soins ne pourra pas facturer au centre concerné et devra adresser la facture au patient.

Les hôpitaux signalent que certains CPAS ne veulent pas prolonger leur décision en cas d'hospitalisation dont la date de début est couverte par une décision du CPAS, mais pas la date de fin. Quelle action le CPAS doit-il entreprendre en pareille situation ?

Le fait que le CPAS ait introduit une décision dans la base de données MediPrima signifie qu'il s'est déclaré compétent et qu'il a reconnu l'état de besoin de la personne visée.

Si aucun changement n'est intervenu entretemps au niveau de la compétence du CPAS ou de l'état de besoin de la personne visée, il est logique que le CPAS prolonge sa décision.

Si la compétence change de main, le CPAS reste responsable jusqu'au moment où la décision électronique est revue/arrêtée et qu'un autre CPAS peut reprendre le flambeau.

Lorsque le statut de la personne change pendant le séjour à l'hôpital (elle devient par exemple légale/assurable), la validité de 30 jours d'un numéro d'engagement reste-t-elle d'application et l'État ne va-t-il pas aussi revoir sa prise en charge?

Les 30 jours de validité d'un engagement de paiement sont garantis et respectés par l'État.

Le numéro d'engagement que les prestataires de soins reçoivent lors de la consultation vaut-il aussi pour les frais à charge des CPAS?

Oui. Le numéro d'engagement vaut tant pour les frais à charge du SPP IS que pour ceux à charge d'un CPAS.

Se peut-il qu'un hôpital doive scinder la facture parce qu'un autre CPAS est devenu compétent pendant l'hospitalisation - pour une période différente?

Oui. Un engagement de paiement est valable 30 jours. Lorsque l'hôpital consulte la base de données dans la période pendant laquelle le premier CPAS est compétent, les frais contractés jusqu'au 30e jour suivant l'engagement peuvent être facturés à ce CPAS-là. Après ces 30 jours, les frais doivent être facturés au deuxième CPAS.

Que se passe-t-il si deux CPAS sont compétents - pour deux périodes différentes - pendant l'hospitalisation et qu'au moins un des deux CPAS n'a pas délivré d'engagement de paiement?

L'hôpital devra prendre contact avec le centre concerné et lui demander d'étendre sa décision.

Exemple concret:

Une personne a sa résidence habituelle dans la commune B depuis le 10/01 et est admise à l'hôpital du 12/01 au 25/01. Le CPAS A a créé une décision de principe qui court jusqu'au 15/01, le CPAS B a créé une garantie de prise en charge qui court du 16/01 au 31/01 et l'hôpital consulte la base de données MediPrima le 17/01:

- Pour la période allant jusqu'au 15/01, l'hôpital doit demander si le CPAS A veut éventuellement bien prendre en charge les frais de cette hospitalisation. Les frais contractés du 12/01 au 15/01 doivent alors être couverts par une décision avec engagement de paiement du CPAS A.
- Les frais contractés du 16/01 au 25/01 inclus sont couverts par la garantie de prise en charge du CPAS B.
- Les hôpitaux sont autorisés à scinder la facture en 2:
 - Une pour le CPAS A du 12/01 au 15/01 inclus.
 - Une pour le CPAS B du 16/01 au 25/01 inclus.
- Il n'est pas possible que les frais contractés du 12/01 au 15/01 soient couverts par le CPAS B.
- Les frais contractés du 12/01 au 15/01 inclus peuvent uniquement être couverts par une garantie de prise en charge du CPAS A si:
 - Le CPAS étend sa décision.
Concrètement: le CPAS A autorise l'hospitalisation.
 - L'hôpital consulte la base de données avant le 16/01.
Il y a un engagement de paiement pour 30 jours.

2.5 La facturation

Dans quel délai l'hôpital doit-il fournir le fichier de facturation à la CAAMI ?

Les règles en vigueur pour les paiements effectués dans MediPrima sont les mêmes que pour l'INAMI. L'hôpital a en principe 2 ans pour facturer une prestation.

Que faut-il faire avec les conventions qui existent entre certains hôpitaux et CPAS; les données figurant dans les conventions priment-elles sur les données présentes dans la base de données?

Ce sont les données de la décision électronique reprises dans la base de données qui priment.

2.6 Soins nécessitant l'avis d'un médecin-conseil

Est-il possible d'obtenir un remboursement des soins médicaux (pour personnes non assurables) nécessitant l'avis du médecin-conseil de la mutuelle dans le régime AMI ?

Oui. Le SPP IS prendra ces frais en charge dans les limites habituelles.

2.7 L'attestation d'aide médicale urgente

Qui doit conserver l'attestation d'aide médicale urgente (AMU) ?

Trois cas :

1. L'hôpital n'est pas encore en production et on se situe avant le 1^{er} juin: comme l'hôpital ne facture pas encore électroniquement, le CPAS doit introduire ses demandes de subsides via les formulaires B2/D2. Le CPAS doit dans ce cas conserver l'attestation AMU pour toutes les prestations visées par la phase 1 de MediPrima,
2. L'hôpital est en production ou on se situe après le 1^{er} juin : :
 - a. Pour les soins prodigués à l'hôpital dans le cadre d'une hospitalisation et / ou de soins ambulatoires, les attestations AMU doivent être conservées par l'hôpital.
 - b. Pour les autres soins (frais pharmaceutiques, kinésistes, etc...), les CPAS doivent conserver les attestations, pour autant que la facturation ne passe pas par la facturation électronique.

Ex : Une personne se rend dans un hôpital pour une consultation en dermatologie et se voit délivrer une ordonnance pour un médicament. L'attestation pour la consultation elle-même sera conservée par l'hôpital. L'attestation AMU pour les médicaments sera délivrée par le médecin de l'hôpital, dans ce cas, le dermatologue, et conservée par le CPAS.

3. Dans les phases suivantes du projet : les prestataires de soins conservent l'attestation AMU.

Ex : Une personne se rend dans un hôpital pour une consultation avec un dermatologue et reçoit de ce dermatologue une ordonnance pour un médicament. L'attestation pour la consultation elle-même sera conservée par l'hôpital. L'attestation pour le médicament sera délivrée par le médecin de l'hôpital, dans ce cas, le dermatologue, et conservée par le pharmacien.

Mon client consulte un médecin dans un hôpital. La facturation ne se fait pas par voie électronique. Qui doit dans ce cas conserver l'attestation AMU ?

Le médecin exerce dans la structure de l'hôpital, mais en tant que médecin privé : ses soins ne relèvent pas de la prise en charge ambulatoire de la première phase du projet MediPrima. Ils sont donc facturés selon l'ancien système, et les attestations AMU doivent encore être conservées par le CPAS.

Quand le CPAS doit-il encore disposer - dans la 1^{re} phase du projet – d'une attestation d'aide médicale urgente (AMU) ?

1. Lorsqu'il s'agit de prestations qui ont eu lieu à l'hôpital avant le 01/06/2014 et pour lesquelles le CPAS n'a pas encore reçu la subvention de l'État.
2. Lorsqu'il ne s'agit pas de frais d'hospitalisation et/ou de frais de soins ambulatoires (exemples : visite chez le médecin, frais de pharmacie, kiné, etc. qui ne font pas l'objet d'une facture d'hôpital).