



MEDIPRIMA

Utilisation des champs commentaires : les bonnes pratiques

Le présent document donne, sur la base des pratiques observées actuellement, certaines recommandations ou bonnes pratiques pour utiliser les différents champs commentaires qui peuvent accueillir du texte libre dans les décisions électroniques de prise en charge du programme MediPrima.

De quoi s'agit-il ?

Les champs commentaires dans MediPrima permettent aux CPAS d'introduire dans un format libre des textes à destination des prestataires. Les CPAS peuvent les utiliser pour introduire des restrictions ou des conditions à leur prise en charge.

Où apparaissent les champs commentaires ?

Dans la décision de prise en charge, on retrouve les champs commentaires qui se rapportent aux thèmes suivants :

1. **Description** : les conditions mises par le CPAS à sa prise en charge lorsque celui-ci a indiqué qu'elle est « partielle »,
2. **Suppléments** : les prestations hors AMI que le CPAS prend en charge/refuse de prendre en charge,
3. Pour les rubriques « hospitalisation » et « soins ambulatoires » :
 - a. **Médicaments** : les médicaments que le CPAS prend/ne prend pas en charge,
 - b. **Service** : le descriptif du service autorisé à prendre le patient en charge.

A quoi doivent-ils servir ?

Les textes introduits dans les commentaires doivent reprendre des conditions claires et objectivables pour le prestataire, conditions mises par les CPAS à leur remboursement des frais médicaux prodigués par les prestataires.

Quand peut-on les utiliser ?

Les commentaires ne peuvent être utilisés par un CPAS que lorsqu'il décide d'octroyer une aide complémentaire à l'intervention de l'Etat. La part d'intervention du CPAS est en effet toujours résiduaire.

Effets des commentaires :

Les conditions mises par le CPAS à sa prise en charge auront un effet sur le remboursement des frais médicaux par le CPAS : elles seront appliquées par celui-ci lorsqu'il contrôlera les factures émises par le prestataire de soins.

Les frais qui ne respectent pas les conditions mises par le CPAS pourront être rejetés par lui : le patient prendra tout le reste de la facture à sa charge.

Comment les commentaires sont-ils utilisés aujourd'hui

Dans la pratique, les CPAS ont utilisé ces champs commentaires pour introduire diverses informations. Cette utilisation pose des problèmes aux autres intervenants :

1. lisibilité et compréhension de l'information (cf. le problème de la langue)
2. pas d'automatisation possible des conditions dans la facturation hospitalière – l'information n'est pas « utilisable » automatiquement.
3. Non prise en compte dans les contrôles de la CAAMI : seule la partie à charge du CPAS est impactée par les restrictions mises par les CPAS à la décision de prise en charge.

Comment les remplir ?

Portée des conditions exprimées dans les champs commentaires :

L'intervention du CPAS est toujours résiduaire par rapport à l'intervention du SPP IS.

- Il s'ensuit que les champs commentaires sont à utiliser uniquement pour indiquer des conditions d'octroi pour la part des frais médicaux prise en charge par les CPAS, donc ce qui est en dehors de l'intervention de l'Etat (du SPP IS).

- Ils ne peuvent être utilisés que si le CPAS décide de prendre en charge une partie des frais – ils ne s’appliquent donc pas si le CPAS ne prend rien ou s’il les prend tout en charge.

Utilisation par les prestataires de soins :

Attention : tant que les commentaires ne sont pas dans une forme structurée, les hôpitaux ne savent pas les utiliser pour automatiquement réaliser des factures correspondantes aux commentaires.

Certaines conditions ne peuvent pas être vérifiées par la CAAMI :

Il faut savoir que, par exemple, les conditions qui supposent l’existence d’un historique du patient : un nombre maximum de séances, etc... ne sont pas contrôlables par la CAAMI. En effet, celle-ci ne garde pas trace des paiements déjà effectués pour ce même bénéficiaire dans un autre hôpital ou dans une facture faite précédemment pour ce même hôpital.

Il appartient dans ce cas au CPAS de contrôler lui-même cette condition.

Ce qui n’est pas permis :

Les commentaires « redondants »

Les commentaires implicites sont inutiles, comme ceux qui limitent l’intervention du CPAS à ce qui est déjà la règle ou qui décrivent la situation normale, comme par exemple le rejet de prestations qui ne sont de toute manière pas prise en charge

Ex. : *le remboursement des frais pris en compte dans le cadre de l’AMI et pas les autres frais médicaux.*

Uniquement codes inami, au tarif inami

Hospitalisation uniquement en chambre commune,

Pas de prise en charge de frais divers (eaux, téléphone, internet, télévision...),...

Des événements limités dans le temps

Des périodes, des consultations précises. La CAAMI ne peut bien sûr les contrôler.

Des conditions liées aux pathologies de la personne

Les commentaires ne peuvent donc pas contenir de données médicales: de telles informations seraient contraires au secret médical.

Les commentaires ne peuvent pas faire référence à des pathologies spécifiques du patient ou donner des éléments qui permettraient de les identifier.

On ne peut trouver dans les descriptions d'indication sur le type de soins à recevoir (suivi de grossesse, radiologie de l'épaule, consultation post natale, détartrage, cardiologie postnatale,...).

La date prévue d'accouchement n'a pas non plus sa place dans les champs commentaires.

Des demandes de documents :

Il est inutile de mentionner que la décision MediPrima dépend de la présence d'un autre document (réquisitoire de l'hôpital, certificat du médecin généraliste) : en effet, le prestataire n'a pas la possibilité de communiquer ces données à la CAAMI – le document papier ne sera donc pas contrôlé.

De façon générale, il est inutile de demander des documents papier au prestataire qui ne pourra de toute façon pas les communiquer à la CAAMI – celle-ci travaille de manière exclusivement électronique.

Ex. Le CPAS ne peut pas exiger une copie de l'attestation AMU avec l'envoi de sa facture.

Les commentaires sur le type de décision :

Cette information n'est pas pertinente car elle est inutile pour le prestataire qui consulte la décision : il n'est par exemple pas utile de préciser que la décision est une prolongation¹ :

Ex : Prolongation, jugement

Les commentaires sur le bénéficiaire/patient:

Sur le statut :

Cette information n'est pas pertinente pour le prestataire qui consulte la décision électronique ; elle est aussi redondante par rapport aux informations structurées de la décision électronique, qui indiquent le statut de la personne par rapport à l'aide médicale. Le risque ici est qu'il y ait une différence entre le statut indiqué dans le commentaire et mis à jour par le CPAS – ou pas – et le statut qui figure dans la décision et en particulier dans le refund code. .

Ex : *personne illégale*, et...

Indiquer prise en charge uniquement en cas d'AMU

Information non pertinente dans les champs commentaires car elle est déjà mentionnée dans le refundcode. Il y a risque d'incohérence.

Les commentaires sur le prestataire

Il n'est pas possible d'indiquer le nom du prestataire que la personne doit consulter. Il n'est pas possible non plus d'indiquer d'autres restrictions sur les prestataires comme la résidence de ceux-ci.

Ex. : *Médecin résidant dans la commune.*

Ce qui est permis :

Sous réserve d'une structuration et d'une automatisation de ces champs dans l'avenir, nous donnons ici une série de bonnes pratiques – les champs commentaires étant des textes libres, il n'y a pas de contrôle possible a priori.

Commentaire de prise en charge

Il s'agit des conditions mises par le CPAS à sa prise en charge lorsque celui-ci a indiqué qu'elle est « partielle »,

Catégorie	Exemple	Explication
Montant maximum	Prise en charge à concurrence de X EUR/mois	Le plafond de la prise en charge du CPAS est indiqué avec une limitation dans le temps.
Application d'une franchise	Franchise de X EUR à facturer au patient...	Le patient doit s'acquitter d'un montant forfaitaire par prestation à titre de franchise (pour conscientiser le patient au coût des frais médicaux) Difficulté : sur quoi porte la franchise ? Par exemple sur le conditionnement.
Limite à une « convention » particulière	Prise en charge conformément à la convention X du DD/MM/YYYY	Le remboursement est conditionné à des critères fixés dans un document – une convention particulière – établie par un ou plusieurs CPAS et utilisée par un ou plusieurs hôpitaux.

Les suppléments

Il s'agit des suppléments – les prestations hors AMI que le CPAS prend en charge/refuse de prendre en charge,

Catégorie	Exemple	Explication
Montant maximum	Prise en charge à concurrence de X EUR/mois	Le plafond de la prise en charge du CPAS est indiqué avec une limitation dans le temps.
Application d'une franchise	Franchise de X EUR à facturer au patient...	Le patient doit s'acquitter d'un montant forfaitaire par prestation à titre de franchise (pour conscientiser le patient au coût des frais médicaux) Difficulté : sur quoi porte la franchise ? Par exemple sur le conditionnement.
Limite à une « convention » particulière	Prise en charge conformément à la convention X du DD/MM/YYYY	Le remboursement est conditionné à des critères fixés dans un document – une convention particulière – établie par un ou plusieurs CPAS et utilisée par un ou plusieurs hôpitaux.

Champ « médicaments » :

Pour les rubriques « hospitalisation » et « soins ambulatoires », une rubrique de commentaire particulière va permettre de préciser les médicaments que le CPAS prend/ne prend pas en charge en-dehors de ceux qui sont remboursés dans le cadre de l'AMI.

Catégorie	Exemple	Explication
Montant maximum	Prise en charge à concurrence de X EUR/mois	Le plafond de la prise en charge du CPAS est indiqué avec une limitation dans le temps.

Application d'une franchise	Franchise de X EUR à facturer au patient...	Le patient doit s'acquitter d'un montant forfaitaire par prestation à titre de franchise (pour conscientiser le patient au coût des frais médicaux) Difficulté : sur quoi porte la franchise ? Par exemple sur le conditionnement.
Type de médicament	« Aussi les médicaments D »	
Limite à une « convention » particulière	Prise en charge conformément à la convention X du DD/MM/YYYY	Le remboursement est conditionné à des critères fixés dans un document – une convention particulière – établie par un ou plusieurs CPAS et utilisée par un ou plusieurs hôpitaux : cf. une liste de médicaments autorisés.

Le service

Pour les rubriques « hospitalisation » et « soins ambulatoires », le CPAS peut, après avoir choisi le prestataire, compléter et préciser dans un champ « commentaire » le service dans lequel doit s'exercer les prestations médicales.

Le champ ne peut contenir que des noms de service ou à la limite le nom de l'hôpital (éventuellement une restriction sur le site de celui-ci). Ce champ ne peut jamais contenir des limitations sur les prestations à effectuer.

Catégorie	Exemple	Explication
Nom du service	Gériatrie	Le descriptif du service autorisé à prendre le patient en charge.