



***MANUEL DE TEST MEDIPRIMA  
A DESTINATION DES CPAS ET DE  
LEURS PRODUCTEURS DE  
LOGICIELS***

Version 2.1 – 21/3/2013

---

# 1 Table des matières

<b>1</b>	<b>Table des matières.....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Objet.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Les utilisateurs concernés .....</b>	<b>4</b>
3.1	Les utilisateurs du système MediPrima .....	4
3.2	Les autres intervenants.....	4
3.3	Responsabilité des producteurs de logiciels pour les CPAS.....	4
<b>4</b>	<b>L'organisation des services de support .....</b>	<b>5</b>
4.1	L'assistance en ligne ou Service Desk MediPrima .....	5
4.1.1	<i>Le phasage du Service Desk MediPrima .....</i>	<i>6</i>
4.1.2	<i>En phase projet : .....</i>	<i>6</i>
4.1.3	<i>En phase de production : .....</i>	<i>7</i>
4.2	Contacts :.....	8
4.2.1	<i>Ce qu'il faut communiquer.....</i>	<i>8</i>
<b>5</b>	<b>DOCUMENTATION .....</b>	<b>10</b>
5.1.1	<i>Documentation MediPrima .....</i>	<i>10</i>
5.1.2	<i>Le portail MediPrima.....</i>	<i>10</i>
<b>6</b>	<b>Les tests .....</b>	<b>11</b>
6.1	Préambule .....	11
6.2	ORGANISATION DES TESTS .....	11
6.2.1	<i>Disponibilité des systèmes de test .....</i>	<i>11</i>
6.2.2	<i>Release Management.....</i>	<i>11</i>
6.2.3	<i>Préalables techniques.....</i>	<i>11</i>
6.2.4	<i>Connectivité CPAS : .....</i>	<i>12</i>
<b>7</b>	<b>Les fonctionnalités à tester : .....</b>	<b>13</b>
7.1.1	<i>L'accès aux services .....</i>	<i>13</i>
7.1.2	<i>Identification de l'utilisateur .....</i>	<i>13</i>
7.1.3	<i>Les messages XSD de la BCSS.....</i>	<i>13</i>
7.2	Description générique du XSD eCarmed : les données métier.....	13
7.3	Détail des opérations du webservice pour les CPAS .....	26
7.4	Simulation d'une carte : .....	28
7.5	Création d'une décision électronique de prise en charge .....	29
7.6	Modification d'une décision de prise en charge .....	29
7.7	Annulation d'une décision de prise en charge .....	30
7.8	Consultation simple des cartes médicales .....	30
7.9	Consultation avec historique .....	32
<b>8</b>	<b>Consultation d'un décompte de frais médicaux .....</b>	<b>33</b>
<b>9</b>	<b>Passage en production .....</b>	<b>34</b>
<b>10</b>	<b>Liste des erreurs : .....</b>	<b>35</b>
<b>11</b>	<b>Annexe 1 : Liste des refund codes SPP IS.....</b>	<b>36</b>

---

## 2 Objet

Ce document décrit les différentes étapes permettant à un producteur de logiciel de mettre son application en relation avec le système MediPrima et de la tester dans un environnement d'acceptation avant passage en production.

Il décrit aussi comment ses clients, les CPAS utilisateurs finaux du système, peuvent eux-mêmes tester ses fonctionnalités dans l'environnement d'acceptation,.

Il est donc destiné en priorité aux producteurs de logiciel qui développent leurs produits informatiques et à leurs clients, les CPAS, qui doivent les tester.

---

## 3 Les utilisateurs concernés

### 3.1 Les utilisateurs du système MediPrima

Le système MediPrima est utilisé par deux groupes d'utilisateurs distincts :

1. Les CPAS qui délivrent les décisions de prises en charge et leurs fournisseurs de logiciels qui développent des logiciels applicatifs pour rencontrer leurs besoins
2. Les prestataires de soins – hôpitaux, docteurs, infirmiers, etc... et leurs fournisseurs de logiciels.

Pour simplifier, on parlera ci-dessous de rôles : un rôle CPAS ou simplement **CPAS** et un rôle prestataire de soins, appelé ci-après simplement **prestataires**.

### 3.2 Les autres intervenants

Ces intervenants qui jouent un rôle essentiel en fournissant les services IT composant le système MediPrima sont multiples :

- Le SPP IS est un des deux promoteurs du projet et qui gère la plate-forme et la base de données MediPrima - contenant toutes les décisions électroniques des CPAS ; mais qui assure aussi le transit des décomptes de la CAAMI vers les CPAS
- La CAAMI réceptionne les factures électroniques des prestataires de soins, les paie pour compte de l'Etat et transmet les décomptes aux CPAS;
- Le CIN opère entre la CAAMI et la BCSS.
- La BCSS gère dans le secteur de la sécurité sociale les échanges de webservices entre les institutions membres ; en l'occurrence, c'est elle qui expose les webservices utilisés par les CPAS et les prestataires de soins
- eHealth gère la plateforme du même nom qui donne accès aux fonctionnalités de consultation de la carte médicale
- SMALS ASBL en tant que prestataire de services IT pour compte du SPP IS gère les aspects de développements informatiques des flux pour les prestataires de soins , de plate-forme hardware pour la partie DB eCarmed.

Ces intervenants sont désignés par la suite comme la plate-forme **MediPrima**.

On considère ici que ces intervenants, en tant que promoteurs et organisateurs du projet MediPrima, bénéficient déjà d'un accès particulier aux services de support et d'assistance ainsi qu'à l'ensemble de la documentation nécessaire.

### 3.3 Responsabilité des producteurs de logiciels pour les CPAS

Les CPAS n'accèdent aux webservices et au système MediPrima qu'au travers des logiciels développés par leurs sociétés de logiciels.

C'est donc les fournisseurs de logiciels qui sont concerné en premier chef dans la phase de test par le document qui suit – et les CPAS qu'ils impliqueront à partir de la phase de mise en acceptance.

Etant donné que l'intégration des services MediPrima concerne en premier lieu le développement logiciel et qu'ensuite lors des tests, le CPAS n'interagit avec MediPrima qu'au travers de ce logiciel, le plate-forme MediPrima considère que leur principal interlocuteur pour la phase de développement est le fournisseur de logiciel et que ce dernier assure le support et la coordination avec les CPAS qui sont candidats pour utiliser MediPrima, en test puis en production.

---

## 4 L'organisation des services de support

Les utilisateurs du système MediPrima bénéficient de divers supports d'assistance:

1. Une **assistance en ligne** accessible via téléphone ou mail – éventuellement formulaires web et qui connecte directement l'utilisateur à des services de support Les partenaires du groupement MediPrima organisent cette assistance selon les modalités décrites ci-dessous.
2. Une **documentation technique et fonctionnelle** disponible sur le système beConnected – l'accès se fait sur abonnement et est donc limité à ceux qui participent à la mise en route du projet et à sa maintenance ultérieure, principalement les représentants de la plate-forme MediPrima ainsi que les représentants des maisons de logiciel qui doivent développer des applications utilisant le système MediPrima.
3. Un **site** ouvert au public qui propose au moins:
  - Une documentation technique et fonctionnelle voir ci-dessus,
  - des manuels d'utilisation du système MediPrima – une version pour les prestataires de soins et une autre version pour les CPAS,
  - des FAQs.

### 4.1 L'assistance en ligne ou Service Desk MediPrima

L'assistance en ligne doit répondre aux problèmes techniques ou fonctionnels rencontrés par les utilisateurs du système.

Elle concerne donc :

- les utilisateurs impliqués dans le développement informatique du système, comme les maisons de soft qui développent dans leurs logiciels les services MediPrima. Ceux-ci ont eux aussi leurs propres services d'assistance à leurs clients (CPAS).
- les CPAS.

Les utilisateurs s'adressent à la première ligne qui traite les demandes d'information ou relaie la demande d'information non résolue vers le service ad hoc.

- L'identification de cette première ligne est cruciale : elle doit être claire et respecter si possible les pratiques des différents acteurs.
- Cette première ligne reste responsable du suivi de la demande : elle ne clôture son intervention que lorsque le demandeur a reçu une réponse ou une solution à son problème.  
Derrière cette première ligne, il y a des deuxième, troisième, ... lignes : les divers services concernés ou susceptibles d'être concernés par les demandes ou les problèmes techniques ou fonctionnels posés, y compris bien sûr les services techniques d'intervention.
- La première ligne doit pouvoir orienter la demande vers les autres lignes et donc connaître ces intervenants et le moyen de les contacter le plus rapidement possible. Les délais d'intervention des techniciens doivent être les plus courts possibles.

#### 4.1.1 Le phasage du Service Desk MediPrima

Il y a deux moments différents dans le support en ligne, correspondant à des besoins différents :

##### **1. en phase projet :**

C'est la phase de mise en place du système MediPrima : la programmation par les partenaires et les maisons de soft de la solution complète, y compris les phases de tests jusqu'à la mise en production.

La même structure de Service Desk sera remise en route en cas de modification importante – nouveau release - impliquant de nouveaux développements.

##### **2. en phase production :**

Le projet est mature et les développements ont été réalisés et sont passés en production.

Selon les phases, les besoins d'information sont différents et les contacts doivent l'être aussi.

#### 4.1.2 En phase projet :

L'assistance première ligne pour MediPrima est accessible de manière centralisée; tous les utilisateurs du système s'adressent à une cellule de première ligne unique ; celle-ci assure la ventilation des demandes vers les institutions et les services ad hoc.

L'utilisateur appelle le Help Desk CPAS pour la gestion et la consultation des décisions électroniques et pour ce qui concerne les décomptes.

**De plus, pour préparer ses tests, le producteur de logiciel prévient la BCSS à l'avance (voir les coordonnées ci-dessous):**

**Première ligne :** le producteur de logiciel contacte :

1. Le Help Desk CPAS pour l'ensemble des problèmes :
  - a. De webservices (technique et fonctionnel).
  - b. De testing : accès à l'environnement d'acceptation, réalisation de tests...
2. La BCSS pour la préparation des tests – consultation des décisions électroniques de prise en charge.

**Deuxième ligne :** Les entités désignées ci-dessus contactent à leur tour :

1. Le service informatique de la BCSS pour les problèmes de webservices et de flux.
2. L'équipe de développement de SMALS pour les problèmes techniques ou fonctionnels d'accès aux webservices, de gestion ou de consultation des décisions électroniques – problèmes de base de données, de flux, etc.



#### 4.1.3 En phase de production :

L'utilisateur – le CPAS - appelle les services de support qu'il connaît et qu'il a l'habitude de contacter pour d'autres appels de services/flux comparables à celles d'MediPrima – pour le secteur des CPAS par exemple : les services qu'il appelle pour les problèmes liés à l'envoi de formulaires de subsides - avec les adaptations propres à MediPrima.

##### 4.1.3.1 Le Service Desk pour les CPAS :

**Première ligne :** les CPAS appellent :

1. le Helpdesk de leur maison de soft : pour tous les problèmes liés à leur application, aussi bien techniques que fonctionnels.

Les maisons de soft analysent le problème et :

- a. traitent la demande dans leur propre service.
- b. contactent le Help Desk CPAS pour les autres problèmes – accès, flux, etc....

Pour les CPAS Bruxellois, le Help Desk SINCROH joue aussi un rôle d'intervention.

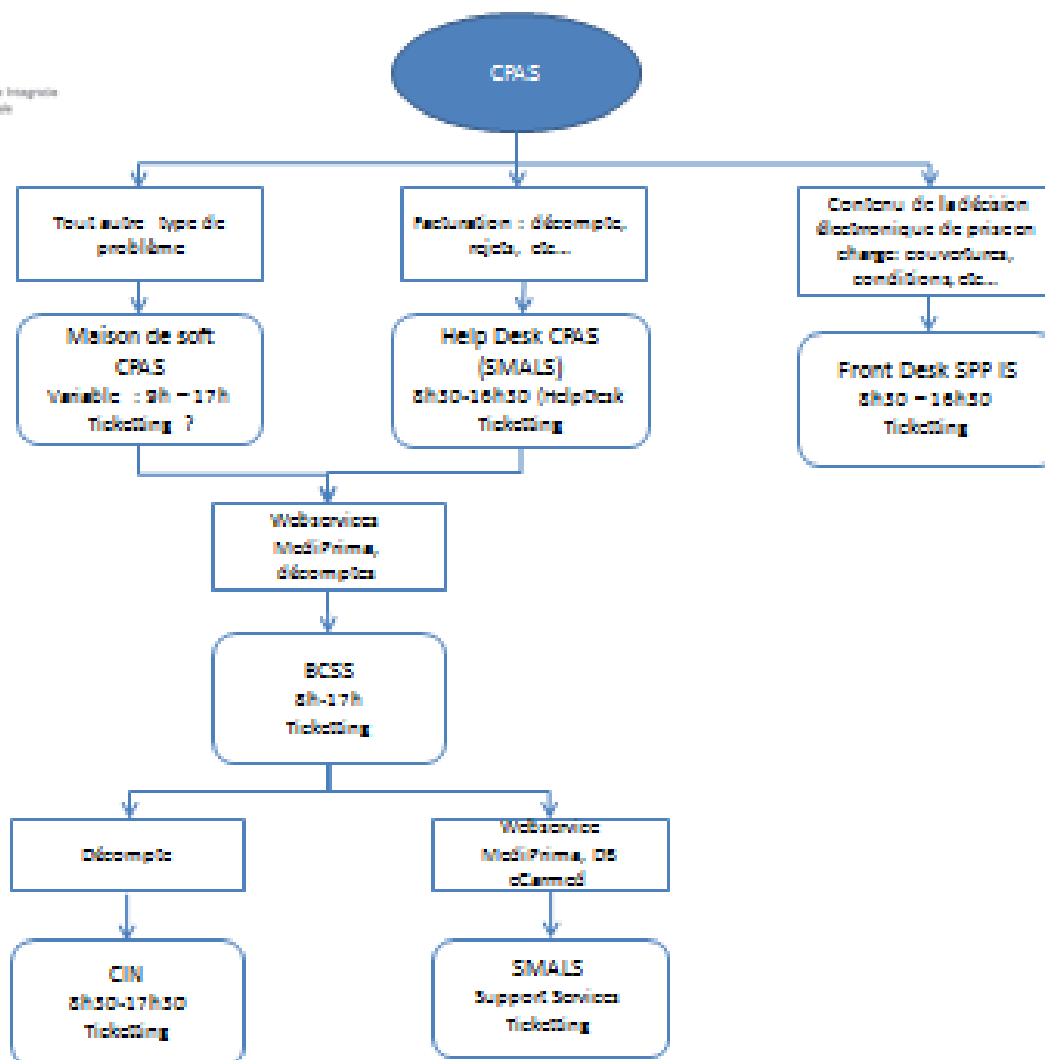
2. Le Help Desk CPAS pour tous les autres problèmes
3. Le Front Desk du SPP IS : pour des problèmes métier sur des dossiers individuels.

**Deuxième ligne :** le Help Desk CPAS appellent :

La BCSS pour tous les problèmes de flux : consultation, gestion des décisions électroniques de prise en charge, décomptes.

**Troisième ligne** : La BCSS contacte

SMALS – Support Service pour tous les problèmes liés à la base de données des décisions, aux flux de gestion et de consultation.



## 4.2 Contacts :

### 4.2.1 Ce qu'il faut communiquer

A chaque escalade d'une question, le service desk doit transmettre certaines données nécessaires pour pouvoir ouvrir un 'case' (n° CPAS, n° NISS, n° INAMI, utilisateur, ...).

Pour chaque problème, la maison de soft doit fournir :

- une description du problème rencontré tel que perçu par l'application cliente
- la date et heure du problème
- le message SOAP envoyé (request) (complet)
- le message SOAP retourné (response) (complet)
- l'environnement accédé



#### **4.2.1.1 Helpdesk CPAS**

Service mandaté par le SPP-IS, le Helpdesk CPAS est joignable tous les jours ouvrables au minimum de 08h30 à 16h30

Tél. : 02/787.58.28

Email : ocmw-cpas@smals.be

#### **4.2.1.2 Service Desk BCSS**

**Durant la période de développement**, on contactera directement le service informatique de la BCSS, soit :

Alain TILMANT [alain.tilmant@ksz-bcss.fgov.be](mailto:alain.tilmant@ksz-bcss.fgov.be) et

Catherine COCU [catherine.cocu@ksz-bcss.fgov.be](mailto:catherine.cocu@ksz-bcss.fgov.be)

#### **En phase de production :**

Le Service desk de la BCSS est accessible du lundi au vendredi de 8 heures à 17 heures. Il n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.

Tél. : 02-741 84 00

Pour les jours de fermeture, voir : <http://www.ksz-bcss.fgov.be/fr/bcss/contactstatic/contact/servicedesk.html>

#### **4.2.1.3 SMALS**

En phase de développement, l'équipe de développement de SMALS pour les problèmes techniques ou fonctionnels d'accès aux webservices, de gestion ou de consultation des décisions électroniques – problèmes de base de données, de flux, etc.

Contact : Marc BRUYNINCKX [marc.bruyninckx@smals.be](mailto:marc.bruyninckx@smals.be)

#### **4.2.1.4 Helpdesk CAAMI**

##### **Pour les problèmes liés aux décomptes :**

Service Soins de Santé

Rue du trône 30A

1000 Bruxelles

Tél. 02 229 34 33

Email : [elecfac@caami-hziv.fgov.be](mailto:elecfac@caami-hziv.fgov.be)

---

## 5 DOCUMENTATION

### 5.1.1 Documentation MediPrima

La plateforme MediPrima met à la disposition des producteurs de logiciel un emplacement dédié dans son système de documentation beConnected à l'adresse suivante: [eCARMED - Gestion Globale](#).

Ce site est protégé et demande une identification des utilisateurs par carte d'identité électronique.

### 5.1.2 Le portail MediPrima

Ce portail reprend la documentation technique et fonctionnelle du projet à l'adresse suivante: <http://www.mi-is.be/be-fr/e-government-et-applications-web/mediprima>

---

## 6 Les tests

### 6.1 Préambule

Vu la complexité des interactions entre les nombreux intervenants et les contrôles vers des sources authentiques, il est impossible de réaliser des tests autrement qu'en utilisant des identifiants réels (carte d'identité électronique, NISS, numéro INAMI) tant des utilisateurs que des patients.

Cependant, pour éviter toute interférence, les intervenants ont mis en place des mesures devant garantir que les tests ne perturbent, en aucun cas, les applications productives.

De même, pendant toute la phase de test et d'acceptation et aussi longtemps qu'il n'a pas été formellement convenu des modalités de leur admission effective en production, les prestataires doivent continuer à fournir les informations selon la méthode "classique" (c'est à dire les formulaires hors système MediPrima).

Voir le TSS MediPrima de la BCSS pp.27 et suiv.

### 6.2 ORGANISATION DES TESTS

#### 6.2.1 Disponibilité des systèmes de test

Jours ouvrés de 9 à 17 h

Le système est disponible et monitoré.  
Intervention rapide en cas de panne

Samedi de 6 à 12 h AM

Période de maintenance générale: aucune garantie de disponibilité

Mardi et Jeudi vers 18h

Réservé pour des adaptations applicatives (installation de nouvelles versions)

Autres moments

"Best effort" : la plate-forme est normalement disponible mais en cas de problème, l'intervention n'est pas garantie

#### 6.2.2 Release Management

La plate-forme MediPrima a recours à une procédure de Release Management pour gérer les changements qui doivent être apportés à ses services.

Tout changement ou correction aux services de MediPrima ou tout ajout de nouveau(x) services(s) fait l'objet d'un « release ». Celui-ci est annoncé à l'ensemble des utilisateurs du système.

Dans la mesure du possible, la plate-forme MediPrima assure la rétrocompatibilité de ses services, au moins sur deux versions (la version actuelle et la version précédente).

#### 6.2.3 Préalables techniques

##### 6.2.3.1 Réseau

Il appartient aux utilisateurs:

- de disposer d'un accès Internet performant
- d'accéder à un fournisseur de service (Internet provider) disposant d'un accès à l'extranet de la sécurité sociale (voir les opérateurs agréés par la BCSS).

- de prendre les mesures suffisantes de protection de leurs postes de travail et de leurs données (firewall, antivirus, etc.), en respectant particulièrement les consignes de la BCSS qui peut les contrôler ;

#### 6.2.4 **Connectivité CPAS :**

Les services MediPrima sont exposés sur la plate-forme SOA de la BCSS.

Le document décrivant la connectivité est le document [11soa\\_cpas.pdf](#)

L'accès se fait de la même façon pour le service *RetrieveTIGroup* dit aussi Transaction 25.

La description de l'accès aux webservices MediPrima est reprise dans le document TSS de la BCSS pp.22 et suiv.

**Les CPAS doivent informer la BCSS du début des tests.**

---

## 7 Les fonctionnalités à tester :

Les différentes fonctionnalités décrites ci-dessous correspondent aux fonctionnalités actuelles de MediPrima et sont à utiliser par les CPAS :

1. Connectivité et ouverture de session.
2. Simulation de la carte : opération qui consiste à interroger le SPP IS (l'Etat) pour connaître les parts de prise en charge de l'Etat
3. Création d'une décision électronique de prise en charge
4. Modification d'une décision de prise en charge
5. Consultation simple de la décision de prise en charge
6. Consultation avec historique
7. Consultation d'un décompte de frais médicaux.

### 7.1.1 L'accès aux services

Les schémas des webservices sont décrits dans 20121001\_CBSS\_eCarmed. Zip

Le WSDL à utiliser est eCarmedPSWC.wsdl

Il est décrit dans le TSS MediPrima de la BCSS.

### 7.1.2 Identification de l'utilisateur

L'utilisateur s'identifie dans le système MediPrima en passant par son logiciel : les modalités d'accès sont fonction du logiciel utilisé : une combinaison login – mot de passe ou une authentification plus forte – certificat comme la carte d'identité électronique ou token comme le token fonctionnaire (l'application du Fédéral PRIMAWEB par exemple).

### 7.1.3 Les messages XSD de la BCSS

Chaque XSD repose sur un échange de requête – réponse ayant des éléments d'information en commun Voir la description des messages échangés dans TSS MediPrima de la BCSS pp.26 et suivantes

## 7.2 Description générique du XSD eCarmed : les données métier

On trouvera ci-dessous une description des données métier des différentes opérations du xsd :

Données	O/M	Value	Description
eCarmedIdentfier	M		<i>Données identifiant la décision électronique de prise en charge des soins médicaux.</i>
<eCarmedNumber>	M	N 10+2	Numéro de décision de prise en charge des frais médicaux ; il se compose d'un numéro de suite en 10 positions et de deux chiffres de check-digit

<VersionNbrW>	M	N 6	Numéro de version de la décision de prise en charge des frais médicaux : à chaque modification quelconque de la décision, une nouvelle version est créée.
<validityPeriod>	M		Bloc décrivant la période de validité de la décision électronique ; cette période ne peut jamais recouvrir une autre décision pour le même bénéficiaire, même pour des CPAS différents.
<startDate>	M	Date	Date de début de la période de validité; elle ne peut être postérieure à la date de fin de validité; elle ne peut entrer dans une période d'une autre décision valide pour le même bénéficiaire; si le flag "décision judiciaire" ou le flag "prise en charge CPAS " ne sont pas activés, elle ne peut être antérieure de plus de 45 jours à la date de décision <decisionDate>
<endDate>	M	Date	Date de fin de la période de validité; elle ne peut être antérieure à la date de début de validité; elle ne peut être postérieure de plus de 1 an après la date de début de validité <startDate>;
<b>pswc</b>			<i>Données d'identification du CPAS qui gère la décision électronique</i>
cbeNumber	M	N 10 start with 0	Numéro BCE du CPAS; Le numéro de la Banque Carrefour des entreprises (BCE) se compose de 10 chiffres, dont le premier est 0.
municipalityINS	M	N 5	Numéro INS du CPAS; Il s'agit de l'attribution par l'Institut National de la Statistique d'un numéro de code, en 5 chiffres, à chaque commune. Le premier chiffre désigne la province. Le second désigne l'arrondissement administratif de cette province. Les trois derniers chiffres varient selon les différentes communes d'un même arrondissement.
name lang="fr"	M		Nom du CPAS (FR)
name lang="nl"	M		Nom du CPAS (NL)
<cardStatus>	O		non utilisé pour l'instant
<b>Beneficiary</b>			<i>Données concernant le bénéficiaire de la décision électronique</i>
<ssin>	M	N 11	Numéro NISS du patient/bénéficiaire;
lastname	M		Nom de famille du patient
firstname	M		Prénom(s) du patient
gender	M		Code représentant le genre du patient
Birthdate	M		Date de naissance du patient
<b>ManagedDates</b>	M		<i>Dates techniques de la décision de prise en charge</i>

creationDate	M	Date	Date de création de la décision électronique ; date attribuée par le système
LastModificationDate	O	Date	Date de modification de la décision électronique ; date attribuée par le système
<b>&lt;medicalCard&gt;</b>			<i>Données relatives à la décision électronique de prise en charge des frais médicaux</i>
<judicialDecisionInd>	M	Y or N	Flag indiquant s'il y a ou non une décision judiciaire; en cas de décision, le délai de 45 jours contrôlé entre la date de début de la décision électronique <startDate> et la date de décision du CPAS n'est plus d'application.
<decisionDate>	M	Date	Date de la prise de décision d'octroyer l'aide médicale par le CPAS; cette date permet de calculer le délai de 45 jours qui s'applique à la date de début de validité de la décision électronique <StartDate>)
<incomeLessThanRISInd>	M	Y or N	Flag signalant si le bénéficiaire a des revenus inférieurs au RIS; ceci influence le taux de remboursement de l'Etat ( SPP IS )
<b>&lt;medicalCover&gt;</b>			<i>Données relatives aux couvertures de la décision électronique de prise en charge des frais médicaux</i>
<b>&lt;doctor&gt;</b>	O		<i>Le volet "médecin" décrit les conditions de prises en charge par le CPAS des frais médicaux résultant de consultations ou de prestations de médecins.</i>
<validityPeriod>	O		<i>Période de validité de la couverture "médecin" ; cette période doit toujours être comprise dans les limites de validité de la décision électronique elle-même</i>
<startDate>	M	Date	Date de début de la période de validité de la couverture; elle ne peut être postérieure à la date de fin de validité; elle ne peut sortir de la période générale de la décision de prise en charge des frais médicaux .
<endDate>	O	Date	Date de fin de la période de validité; elle ne peut être antérieure à la date de début de validité; pour les illégaux, elle ne peut être postérieure à 3 mois, soit 92 jours, après la date de début de validité <startDate>; elle ne peut sortir de la période générale de la décision de prise en charge des frais médicaux .
<pswc_Support>	M		<i>Description de la prise en charge par le CPAS de ce volet de l'aide médicale</i>
<pswc_ziv_ami_part>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part AMI - part normalement prise en charge par l'assurance-maladie - couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information.

<pswc_PatientPart>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part patient - part normalement prise en charge par le patient lui-même - qui est couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou "partiel" ; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information.
<pswc_Supplement>	O	NOTHING, ALL , PARTIAL	Suppléments pris en charge par le CPAS : dans cette zone, le CPAS indique s'il accepte de couvrir les suppléments; le choix peut être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <supportedSupplementsDescription> doit contenir une information.
<description>	O		Champ décrivant les conditions particulières mises par le CPAS à sa prise en charge des frais de médecin. Ce champ doit être rempli lorsque le CPAS indique une prise en charge "partielle".
<decisionDate>	O	Date	Date à laquelle le CPAS a pris la décision de couvrir ce type de soins.
<supportedSupplementsDescription>	O		Le champ décrit le type de suppléments que le CPAS prend en charge lorsque le champ supplément <pswc_supplement> comprend la valeur "partiel"
<maxPrestation>	O		Le champ permet au CPAS d'indiquer un montant maximum de prestations remboursables, ce qui constitue une condition pour le prestataire de soins s'il veut être remboursé.
<healthCareProviderList>	M		<i>Liste des prestataires de soins - médecins ou spécialistes - que le CPAS considère comme éligibles pour sa prise en charge des frais médicaux; ceux qui ne font pas partie de la liste n'ont pas droit à un remboursement ni du CPAS, ni de l'Etat.</i>
<nihiiNbr>		N 11 (8)	Numéro INAMI d'un prestataire de soins - médecin ou spécialiste - dont le CPAS accepte de prendre en charge les frais médicaux.
<b>&lt;hospitalization&gt;</b>	O		<i>Le volet "hospitalisation" décrit les conditions de prises en charge par le CPAS des frais médicaux résultant d'un séjour en établissement de soins.</i>
<validityPeriod>	M		<i>Période de validité de la couverture "hospitalisation" ; cette période ne recouvre jamais une autre période pour le même bénéficiaire; elle doit toujours être comprise dans les limites de validité de la décision électronique.</i>
<startDate>	M	Date	Date de début de la période de validité de la couverture; elle ne peut être postérieure à la date de fin de validité; elle ne peut sortir de la période générale de la décision de prise en charge des frais médicaux .



<endDate>	M	Date	Date de fin de la période de validité; elle ne peut être antérieure à la date de début de validité; pour les illégaux, elle ne peut être postérieure à 3 mois, soit 92 jours, après la date de début de validité <startDate>; elle ne peut sortir de la période générale de la décision de prise en charge des frais médicaux .
<pswc_Support>			<i>Description de la prise en charge par le CPAS de ce volet de l'aide médicale</i>
<pswc_ziv_ami_part>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part AMI - part normalement prise en charge par l'assurance-maladie - couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information
<pswc_PatientPart>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part patient - part normalement prise en charge par le patient lui-même - qui est couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou partiel ; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information
<pswc_Supplement>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Supplément(s) pris en charge par le CPAS : dans cette zone, le CPAS indique s'il accepte de couvrir les suppléments; le choix peut être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <supportedSupplementsDescription> doit contenir une information.
<description>	O		Champ décrivant les conditions particulières mises par le CPAS à sa prise en charge des frais d'hospitalisation. Ce champ doit être rempli lorsque le CPAS indique une prise en charge "partielle".
<decisionDate>	O		Date à laquelle le CPAS a pris la décision de couvrir ce type de soins.
<supportedSupplementsDescription>	O		Supplément(s) pris en charge par le CPAS : dans cette zone, le CPAS indique quels suppléments il accepte de couvrir et à quelles conditions. Le champ doit être complété lorsque le champ supplément <pswc_supplement> comprend la valeur "partiel".
<hospitalList>	O		<i>Liste de hôpitaux éligibles pour la prise en charge du patient par le CPAS. ceux qui ne font pas partie de la liste n'ont pas droit à un remboursement ni du CPAS, ni de l'Etat.</i>
<hospital>	M		<i>Etablissement de soins agréé par le CPAS</i>
<nihiiNbr>	M	N11 (8)	Numéro INAMI de l'hôpital qui est déclaré par le CPAS comme éligible pour la prise en charge des soins; s'il n'y a pas d'hôpital sélectionné dans cette liste, le CPAS marque implicitement son accord pour que le patient se présente auprès de n'importe quel hôpital aux conditions de la prise en charge du CPAS.

<serviceDescription>	O		Description - texte libre - d'un service dans un hôpital dont le CPAS accepte de prendre en charge les frais médicaux.
<hospitalServiceList>	O		Liste des services d'un établissement de soins que le CPAS considère comme éligibles pour sa prise en charge des frais médicaux; ceux qui ne font pas partie de la liste n'ont pas droit à un remboursement ni du CPAS, ni de l'Etat.
<serviceCode>	M	3 N	Numéro INAMI d'un service particulier dans un hôpital dont le CPAS accepte de prendre en charge les frais médicaux.
<supportedDrugsDescription>	O		Le champ décrit les catégories de médicaments que le CPAS prend en charge hors INAMI.
<ambulatoryHospitalization>	O		Le volet "Soins ambulatoires" décrit les conditions de prises en charge par le CPAS des frais médicaux résultant de prestations médicales et de médicaments en établissements de soins en dehors des hospitalisations.
<validityPeriod>	M		Période de validité de la couverture "soins ambulatoires" ; elle doit toujours être comprise dans les limites de validité de la décision électronique elle-même.
<startDate>	M	Date	Date de début de la période de validité de la couverture; elle ne peut être postérieure à la date de fin de validité; elle ne peut sortir de la période générale de la décision de prise en charge des frais médicaux . Elle doit toujours être comprise dans les limites de validité de la décision électronique elle-même.
<endDate>	M	Date	Date de fin de la période de validité; elle ne peut être antérieure à la date de début de validité; pour les illégaux, elle ne peut être postérieure à 3 mois, soit 92 jours, après la date de début de validité <startDate>;
<pswc_Support>	O		Description de la prise en charge par le CPAS de ce volet d'aide médicale
<pswc_ziv_ami_part>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part AMI - part normalement prise en charge par l'assurance-maladie - couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information
<pswc_PatientPart>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part patient - part normalement prise en charge par le patient lui-même - qui est couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou partiel ; Dans ce cas, le champ <supportedSupplementsDescription> doit contenir une information.

<pswc_Supplement>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Supplément(s) pris en charge par le CPAS : dans cette zone, le CPAS indique s'il accepte de couvrir les suppléments; le choix peut être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <supportedSupplementsDescription> doit contenir une information.
<description>	O		Champ décrivant les conditions particulières mises par le CPAS à sa prise en charge des frais liés aux soins ambulatoires. Ce champ doit être rempli lorsque le CPAS indique une prise en charge "partielle".
<decisionDate>	O	Date	La date à laquelle le CPAS a pris la décision de couvrir ce type de soins.
<supportedSupplementsDescription>	O		Le champ décrit le type de suppléments que le CPAS prend en charge lorsque le champ supplément <pswc_supplement> comprend la valeur "partiel"
<hospitalList>	O		<i>Liste des établissements de soins que le CPAS considère comme éligibles pour sa prise en charge des soins ambulatoires; ceux qui ne font pas partie de la liste n'ont pas droit à un remboursement ni du CPAS, ni de l'Etat.</i>
<hospital>	O		<i>Liste des établissements de soins accrédités par le CPAS</i>
<nihiiNbr>	M	N 11 (8)	Numéro INAMI d'un hôpital dont le CPAS accepte de prendre en charge les frais médicaux.
<serviceDescription>	O		<i>Description - texte libre - d'un service dans un hôpital dont le CPAS accepte de prendre en charge les prestations médicales.</i>
<hospitalServiceList>	O		<i>Liste des services d'un établissement de soins que le CPAS considère comme éligibles pour sa prise en charge des frais médicaux; ceux qui ne font pas partie de la liste n'ont pas droit à un remboursement ni du CPAS, ni de l'Etat.</i>
<serviceCode>	M	N 3	Code INAMI d'un service particulier d'un hôpital dont le CPAS accepte de prendre en charge les frais médicaux.
<supportedDrugsDescription>	O		Le champ décrit le type de médicaments que le CPAS prend en charge lorsque celui-ci accepte de prendre en compte certains médicaments hors INAMI.
<medicalTransportation>	O		<i>Le champ décrit les frais de transport médical que le CPAS prend en charge.</i>
<validityPeriod>	M		Période de validité de la couverture "Transport médical" ; elle doit toujours être comprise dans les limites de validité de la décision électronique elle-même

<startDate>	M	Date	Date de début de la période de validité de la couverture; elle ne peut être postérieure à la date de fin de validité; elle ne peut sortir de la période générale de la décision de prise en charge des frais médicaux .
<endDate>	M	Date	Date de fin de la période de validité; elle ne peut être antérieure à la date de début de validité; pour les illégaux, elle ne peut être postérieure à 3 mois, soit 92 jours, après la date de début de validité <startDate>;
<pswc_Support>	O		<i>Description de la prise en charge par le CPAS de ce volet d'aide médicale</i>
<pswc_ziv_ami_part>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part AMI - part normalement prise en charge par l'assurance-maladie - couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information
<pswc_PatientPart>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part patient - part normalement prise en charge par le patient lui-même - qui est couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information.
<pswc_Supplement>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Supplément(s) pris en charge par le CPAS : dans cette zone, le CPAS indique s'il accepte de couvrir les suppléments; le choix peut être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <supportedSupplementsDescription> doit contenir une information.
<description>	O		Champ décrivant les conditions particulières mises par le CPAS à sa prise en charge des frais liés transport médical. Ce champ doit être rempli lorsque le CPAS indique une prise en charge "partielle".
<decisionDate>	O	Date	La date à laquelle le CPAS a pris la décision de couvrir ce type de soins.
<supportedSupplementsDescription>	O		Le champ décrit le type de suppléments que le CPAS prend en charge lorsque le champ supplément <pswc_supplement> comprend la valeur "partiel"
<companyList>	O		Liste des entreprises que le CPAS considère comme éligibles pour sa prise en charge des frais de transport médical; celles qui ne font pas partie de la liste n'ont pas droit à un remboursement ni du CPAS, ni de l'Etat.
<cbeNumber>	M	Nr entreprise in 10N start with O	Numéro BCE d'une entreprise de transport médical dont le CPAS accepte de prendre en charge les factures.

<miscellaneous>	O		<i>Le volet "Autre" décrit les conditions de prises en charge par le CPAS des frais médicaux autres que ceux repris dans les catégories précédentes.</i>
<validityPeriod>	M		Période de validité de la couverture "frais divers" ; elle doit toujours être comprise dans les limites de validité de la décision électronique elle-même.
<startDate>	M	Date	Date de début de la période de validité de la couverture; elle ne peut être postérieure à la date de fin de validité; elle ne peut sortir de la période générale de la décision de prise en charge des frais médicaux .
<endDate>	M	Date	Date de fin de la période de validité; elle ne peut être antérieure à la date de début de validité; pour les illégaux, elle ne peut être postérieure à 3 mois, soit 92 jours, après la date de début de validité <startDate>;
<pswc_Support>	O		<i>Description de la prise en charge par le CPAS de ce volet d'aide médicale</i>
<pswc_ziv_ami_part>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part AMI - part normalement prise en charge par l'assurance-maladie - couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information
<pswc_PatientPart>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part patient - part normalement prise en charge par le patient lui-même - qui est couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou ; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information
<pswc_Supplement>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Supplément(s) pris en charge par le CPAS : dans cette zone, le CPAS indique s'il accepte de couvrir les suppléments; le choix peut être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <supportedSupplementsDescription> doit contenir une information.
<description>	O		Champ décrivant les conditions particulières mises par le CPAS à sa prise en charge des frais médicaux. Ce champ doit être rempli lorsque le CPAS indique une prise en charge "partielle".
<decisionDate>	O	Date	La date à laquelle le CPAS a pris la décision de couvrir ce type de soins.
<supportedSupplementsDescription>	O		Le champ décrit le type de suppléments que le CPAS prend en charge lorsque le champ supplément <pswc_supplement> comprend la valeur "partiel"
<maxAmount>	O		Le champ permet d'indiquer un nombre maximum de prestations ou une somme maximum de remboursement, qui constitue une condition au remboursement des frais par le CPAS

<paramedic>	O		Le volet "Paramédical" décrit les conditions de prises en charge par le CPAS des frais résultant de traitements paramédicaux - soins infirmiers, kinésithérapie, etc.... .
<validityPeriod>	M		Période de validité de la couverture "Paramédical" ; elle doit toujours être comprise dans les limites de validité de la décision électronique elle-même.
<startDate>	M	Date	Date de début de la période de validité de la couverture; elle ne peut être postérieure à la date de fin de validité; elle ne peut sortir de la période générale de la décision de prise en charge des frais médicaux .
<endDate>	M	Date	Date de fin de la période de validité; elle ne peut être antérieure à la date de début de validité; pour les illégaux, elle ne peut être postérieure à 3 mois, soit 92 jours, après la date de début de validité <startDate>;
<pswc_Support>	O		Description de la prise en charge par le CPAS de ce volet d'aide médicale
<pswc_ziv_ami_part>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part AMI - part normalement prise en charge par l'assurance-maladie - couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information.
<pswc_PatientPart>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part patient - part normalement prise en charge par le patient lui-même - qui est couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou ; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information
<pswc_Supplement>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Supplément(s) pris en charge par le CPAS : dans cette zone, le CPAS indique s'il accepte de couvrir les suppléments; le choix peut être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <supportedSupplementsDescription> doit contenir une information.
<description>	O		Champ décrivant les conditions particulières mises par le CPAS à sa prise en charge des frais paramédicaux. Ce champ doit être rempli lorsque le CPAS indique une prise en charge "partielle".
<decisionDate>	O	Date	La date à laquelle le CPAS a pris la décision de couvrir ce type de soins.
<supportedSupplementsDescription>	O		Le champ décrit le type de suppléments que le CPAS prend en charge lorsque le champ supplément <pswc_supplement> comprend la valeur "partiel"
<maxAmount>	O		Le champ permet d'indiquer un montant maximum de remboursement, qui constitue une condition au remboursement des frais par le CPAS

<maxPrestation>	O		Le champ permet d'indiquer un nombre maximum de prestations qui constitue une condition au remboursement des frais par le CPAS
<providerList>	O		Liste des prestataires de soins - paramédicaux - que le CPAS considère comme éligibles pour la prise en charge des soins paramédicaux; ceux qui ne font pas partie de la liste n'ont pas droit à un remboursement ni du CPAS, ni de l'Etat.
<nihiiNbr>	M	N 11 (8)	Numéro INAMI d'un paramédical dont le CPAS accepte de prendre en charge les frais médicaux.
<pharmaceuticalDrug>	O		Le volet "Médicaments" décrit les conditions de prises en charge par le CPAS des frais de médicaments dans les officines (hors établissements de soins).
<validityPeriod>	M		Période de validité de la couverture "médicaments" ; cette période ne recouvre jamais une autre période pour le même bénéficiaire; elle doit toujours être comprise dans les limites de validité de la décision électronique elle-même
<startDate>	M	Date	Date de début de la période de validité de la couverture; elle ne peut être postérieure à la date de fin de validité; elle ne peut sortir de la période générale de la décision de prise en charge des frais médicaux .
<endDate>	M	Date	Date de fin de la période de validité; elle ne peut être antérieure à la date de début de validité; pour les illégaux, elle ne peut être postérieure à 3 mois, soit 92 jours, après la date de début de validité <startDate>;
<pswc_Support>	O		Description de la prise en charge par le CPAS de ce volet d'aide médicale
<pswc_ziv_ami_part>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part AMI - part normalement prise en charge par l'assurance-maladie - couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information.
<pswc_PatientPart>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part patient - part normalement prise en charge par le patient lui-même - qui est couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou partiel ; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information
<pswc_Supplement>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Supplément(s) pris en charge par le CPAS : dans cette zone, le CPAS indique s'il accepte de couvrir les suppléments; le choix peut être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <supportedSupplementsDescription> doit contenir une information.

<description>	O		Champ décrivant les conditions particulières mises par le CPAS à sa prise en charge des frais de médicaments. Ce champ doit être rempli lorsque le CPAS indique une prise en charge "partielle".
<decisionDate>	O	Date	La date à laquelle le CPAS a pris la décision de couvrir ce type de soins.
<supportedSupplementsDescription>	O		Le champ décrit le type de suppléments que le CPAS prend en charge lorsque le champ supplément <pswc_supplement> comprend la valeur "partiel"
<maxAmount>	O		Le champ permet d'indiquer un montant maximum de remboursement qui constitue pour le prestataire une condition au remboursement des frais par le CPAS.
<pharmacyList>	O		<i>Liste des pharmaciens - ou officines - que le CPAS considère comme éligibles pour sa prise en charge des soins paramédicaux; ceux qui ne font pas partie de la liste n'ont pas droit à un remboursement ni du CPAS, ni de l'Etat.</i>
<nihiiNbr>	M		Numéro INAMI d'un pharmacien dont le CPAS accepte de prendre en charge les frais médicaux.
<prosthesis>	O		<i>Le volet "Prothèses" décrit les conditions de prises en charge par le CPAS des frais résultant de la fabrication et de la pose de prothèses.</i>
<validityPeriod>	M		<i>Période de validité de la couverture "prothèses" ; cette période ne recouvre jamais une autre période pour le même bénéficiaire; elle doit toujours être comprise dans les limites de validité de la décision électronique elle-même</i>
<startDate>	M	Date	Date de début de la période de validité de la couverture; elle ne peut être postérieure à la date de fin de validité; elle ne peut sortir de la période générale de la décision de prise en charge des frais médicaux .
<endDate>	M	Date	Date de fin de la période de validité; elle ne peut être antérieure à la date de début de validité; pour les illégaux, elle ne peut être postérieure à 3 mois, soit 92 jours, après la date de début de validité <startDate>;
<pswc_Support>	O		Prise en charge par le CPAS
<pswc_ziv_ami_part>	M	NOTHING, ALL , PARTIAL	Part AMI - part normalement prise en charge par l'assurance-maladie - couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information.



<pswc_PatientPart>	M	NOTHING, ALL, PARTIAL	Part patient - part normalement prise en charge par le patient lui-même - qui est couverte par le CPAS. Les valeurs peuvent être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <description> doit contenir une information.
<pswc_Supplement>	M	NOTHING, ALL, PARTIAL	Supplément(s) pris en charge par le CPAS : dans cette zone, le CPAS indique s'il accepte de couvrir les suppléments; le choix peut être "rien", "tout" ou "partiel"; Dans ce cas, le champ <supportedSupplementsDescription> doit contenir une information.
<description>	O		Champ décrivant les conditions particulières mises par le CPAS à sa prise en charge des frais de prothèse. Ce champ doit être rempli lorsque le CPAS indique une prise en charge "partielle".
<decisionDate>	O	Date	La date à laquelle le CPAS a pris la décision de couvrir ce type de soins.
<supportedSupplementsDescription>	O		Le champ décrit le type de suppléments que le CPAS prend en charge lorsque le champ supplément <pswc_supplement> comprend la valeur "partiel"
<maxAmount>	O		Le champ permet d'indiquer un montant maximum de remboursement qui constitue une condition au remboursement des frais par le CPAS
<companyList>	O		Liste des prothésistes que le CPAS considère comme éligibles pour sa prise en charge des frais de transport médical; ceux qui ne font pas partie de la liste n'ont pas droit à un remboursement ni du CPAS, ni de l'Etat.
<cbeNumber>	M		Numéro BCE d'un prothésiste dont le CPAS accepte de prendre en charge les factures.
<b>Refund_podmi_sppis</b>			
<i>refundcode</i>	<i>M</i>	<i>see the table of de "RefundCodes"</i>	<i>Le <b>refundcode</b> est le code qui exprime le pourcentage de remboursement des frais médicaux par le SPP IS.</i>
AffiliatedMutualityInd		Y or N	Flag indiquant si le bénéficiaire est affilié à un organisme assureur (mutuelle).
BeneficiaryStatus		L or I	Statut administratif du patient/bénéficiaire : L(égal) ou I(Ilégal).
Justification			Libellé FR décrivant la situation du bénéficiaire vis-à-vis de la demande d'aide médicale (paramètres pris en compte pour le calcul de l'intervention du SPP IS)
Justification			Libellé NL décrivant la situation du bénéficiaire vis-à-vis de la demande d'aide médicale (paramètres pris en compte pour le calcul de l'intervention du SPP IS)

podmi_sppis_hospitalization_ZIV_AMI_Part	M	0.00; 1.00;	Le champ décrit le pourcentage de prise en charge par l'Etat de la part AMI (Assurance Maladie-Invalidité) en cas d'hospitalisation. Les valeurs possibles sont 0.00/0.50/1.00 correspondant à 0% de prise en charge, 50 % ET 100%.
podmi_sppis_Ambulatory_Care_ZIV_AMI_Part	M	0.00; 1.00;	Le champ décrit le pourcentage de prise en charge par l'Etat de la part AMI (Assurance Maladie-Invalidité) en cas de soins ambulatoires. Les valeurs possibles sont 0.00/1.00 correspondant à 0% ou 100 % de prise en charge.
podmi_sppis_Other_ZIV_AMI_Part	M	0.00; 1.00; 0.50	Le champ décrit le pourcentage de prise en charge par l'Etat de la part AMI (Assurance Maladie-Invalidité) pour les autres types de soins. Les valeurs possibles sont 0.00/1.00 correspondant à 0% ou 100 % de prise en charge.
podmi_sppis_hospitalization_Patient_Part	M	0.00; 1.00;	Le champ décrit le pourcentage de prise en charge par l'Etat de la part patient en cas d'hospitalisation. Les valeurs possibles sont 0.00/0.50/1.00 correspondant à 0% de prise en charge, 50 % ET 100%.
podmi_sppis_AmbulatoryCare_Patient_Part	M	0.00; 1.00;	Le champ décrit le pourcentage de prise en charge par l'état de la part patient en cas de soins ambulatoires. Les valeurs possibles sont 0.00/1.00 correspondant à 0% et 100 % de prise en charge.
podmi_sppis_Other_Patient_Part	M	0.00; 1.00; 0.50	Le champ décrit le pourcentage de prise en charge par l'Etat de la part patient pour les autres types de soins. Les valeurs possibles sont 0.00/0.50/1.00 correspondant à 0% de prise en charge, 50 % et 100%.
MedicalUrgencyInd	O	Y or N	Le flag indique si pour le patient il faut une attestation d'Aide médicale urgente - ce qui est le cas si la personne est en séjour illégal et non assurée.

### 7.3 Détail des opérations du webservice pour les CPAS

Les différentes fonctionnalités décrites ci-dessous correspondent aux fonctionnalités actuelles de MediPrima : liens entre fonctionnalités, les services et les opérations Service MediPrima pour les CPAS :

Voir le TSS MediPrima de la BCSS pp 7-8. Les lignes en grisé sont des fonctionnalités qui concernent les CPAS.

Fonctionnalités	opérations
evaluateCarmed	demande au SPP IS, ses taux d'intervention financière sur un cas spécifique
openCarmed	prendre une décision électronique d'une prise en charge
modifyCarmed	adapter la décision électronique d'une prise en charge

<i>closeCarmed</i>	<i>supprimer la décision électronique d'une prise en charge : pas utilisée</i>
queryCarmedManager	disposer d'une liste des décisions électroniques de prise en charge
consultCarmed :	consulter le contenu de décisions électroniques d'une prise en charge
consultCarmedHistory	consulter le contenu avec historique de décisions électroniques d'une prise en charge
consultCarmedIntervention	Obtenir les informations sur une décision de prise en charge avec un numéro d'agrément
consultCarmedAtAgreementDate	Consulter une version de référence active pour le jour demandé.

On trouvera TSS BCSS pp 12 un résumé des données d'entrée et des résultats de chaque opération.

## 7.4 Simulation d'une carte :

Cette opération consiste à interroger le SPP IS (l'Etat) pour connaître les parts de prise en charge de l'Etat pour un patient/bénéficiaire donné. Elle n'est pas enregistrée dans la base de données.

**WEBSERVICE : EVALUATECARMED**

Elle est décrite dans le TSS MediPrima de la BCSS pp.35 et suiv.

### 7.4.1.1 Utilisateur :

Un agent du CPAS, via son logiciel informatique.

### 7.4.1.2 Description

Cette fonctionnalité a pour objectif d'obtenir les pourcentages de prise en charge du SPP-IS (son système (Nova)Prima) pour un bénéficiaire donné.

### 7.4.1.3 Condition préliminaire

- Le CPAS a indiqué qu'il s'agit d'une simulation (Y) dans le flag *Simulationind* ;
- Le CPAS n'a pas indiqué - en activant le flag « Prise en charge CPAS » - que la décision n'entraîne pas dans le cadre d'un remboursement du SPP IS (si c'est le cas, la requête renvoie un message d'erreur) ;
- Le CPAS a complété les champs obligatoires de la requête.

### 7.4.1.4 Données de la requête :

Il faut pour que la requête soit valide :

- Flag simulation (O/N) <sup>1</sup>, valeur O
- Niss valide
- BCE du CPAS valide,
- Date de début de la carte valide,
- Date de fin de la carte valide
- Numéro de carte : vide
- Flag « décision judiciaire » : Y ou N
- Flag « Revenu inférieur au RIS » : Y ou N

### 7.4.1.5 Données de la réponse :

Les données de la requête et

- Les données de la T25 ou de NOVA PRIMA : nom, prénom, sexe et date de naissance de la personne
- Le refund code et les pourcentages de couverture SPP-IS :  
Ceux-ci peuvent être selon la situation juridique de la personne :

Type	Hospitalisation	Soins ambulatoires	Autres soins
------	-----------------	--------------------	--------------

<sup>1</sup> (Nova)Prima doit savoir s'il s'agit d'une simulation ou d'un enregistrement de carte médicale. En effet, si c'est un enregistrement, (Nova)Prima doit mémoriser le niss pour pouvoir envoyer les mutations à eCarned, sinon pas.

d'intervention			
<b>Part AMI</b>	100% ou 0%	100% ou 0%	100% ou 50% ou 0%
<b>Part Patient</b>	100% ou 0%	100% ou 0%	100% ou 50% ou 0%

•  
Ou

- Code(s) erreur(s) éventuel(s).

Les cas de test

Pour tester de manière plus approfondie, consulter le document MediPrima\_test\_simul.doc.

## 7.5 Création d'une décision électronique de prise en charge

C'est l'opération qui consiste à créer dans la base de données MediPrima une nouvelle décision de prise en charge. Celle-ci ne peut couvrir une autre décision existante pour la même personne.

Elle n'est utilisable que par le CPAS gestionnaire

L'opération porte le nom de **openCarmed**

Les cas de test :

Partir de dossiers intégrés dans un CPAS de test.

Pour tester de manière plus approfondie, consulter le document eCarmed\_test\_creation

## 7.6 Modification d'une décision de prise en charge

Toute modification de la décision de prise en charge est permise par le CPAS qui l'a créée pour autant qu'elle ne diminue pas les droits du bénéficiaire dans le passé ; le système MediPrima a été conçu pour offrir une garantie de remboursement aux prestataires de soins. On ne peut donc modifier une décision rétroactivement pour ne pas donner de surprises aux prestataires de soin qui aurait déjà consulté la décision.

L'opération porte le nom de **modifyCarmed**

Concrètement, les modifications permises sont les suivantes :

- Augmenter la période de validité de cette prise en charge (date de début plus ancienne, date de fin plus éloignée) - On ne peut allonger la durée de la décision d'aide au-delà d'une année (cf. L'enquête sociale) : il faut sinon créer une nouvelle décision.
- Diminuer la période de validité de cette prise en charge (date de début plus ancienne, date de fin plus éloignée) – pour autant que cette période soit dans le futur
- Arrêter une carte médicale = indiquer comme date de fin de validité le lendemain (ou la date de début, si la carte est dans le futur). Il n'est pas possible d'arrêter une carte médicale dans le passé ou même aujourd'hui parce qu'un prestataire aurait pu consulter la décision – au jour de l'arrêt par exemple – et effectuer des prestations sur la base de l'information qu'il y a trouvée. De même, en cas de suppression de la décision dans le futur, cette décision restera valide au moins un jour.
- Modifier la date de décision du CPAS
- Modifier l'indicateur « décision judiciaire ». Attention, s'il ne s'agit pas d'une décision judiciaire, la date de début de la carte médicale ne peut remonter plus loin dans le passé que date de création – 45 jours.

- Modification de l'élément indiquant le flag « revenu supérieur au RIS »– le changement de cet élément aura un impact sur le pourcentage d'intervention du SPP IS.
- Le « flag de prise en charge à 100% par le CPAS »
- Ajouter une ou des couvertures
- Augmenter la période de validité d'une couverture (date de début plus ancienne, date de fin plus récente)
- Diminuer la période de validité de cette couverture (date de début plus récente, date de fin plus ancienne) – pour autant que cette période soit dans le futur
- Arrêter une couverture = indiquer comme date de fin le lendemain (ou la date de début, si la carte est dans le futur). Il n'est pas possible d'arrêter une couverture dans le passé ou même aujourd'hui parce qu'un prestataire aurait pu voir la carte aujourd'hui. De même, il n'est pas possible de supprimer une couverture dans le futur – elle restera au minimum valide un jour.
- Supprimer la liste des prestataires autorisés – autrement dit autoriser tous les prestataires de cette discipline à réaliser des soins dans le cadre de cette couverture
- Ajouter des prestataires à une liste préexistante
- Ajouter une liste de prestataires autorisés alors qu'il n'y en avait pas, uniquement si la carte commence à partir du lendemain
- Supprimer un prestataire dans une liste de prestataires autorisés uniquement si la carte commence à partir du lendemain
- Modifier des champs textuels
- Modifier des dates de décisions
- Modifier la prise en charge par le CPAS. Si la carte commence dans le passé, il n'est pas possible de réduire l'intervention du CPAS (par exemple : passer d'une intervention de 100% à 0%).

#### **7.6.1.1.1 Remarques importantes :**

1. Il n'est pas possible de supprimer une couverture créée (il est possible d'arrêter cette couverture – voir plus haut).
2. Si vous désirez faire une opération qui réduirait les droits du bénéficiaire, la solution est d'arrêter la carte médicale puis d'en créer une nouvelle avec les nouvelles restrictions que vous souhaitez introduire.
3. Les modifications seront accessibles dès la mise à jour. La version non modifiée sera encore accessible via la consultation de l'historique.
4. Lors de la modification, il est prévu de recalculer le pourcentage d'intervention du SPP IS avec les données mise à jour des registres et de l'assurabilité.

## **7.7 Annulation d'une décision de prise en charge**

L'opération porte le nom de **closeCarmed**

L'annulation n'existe pas comme opération indépendante.

## **7.8 Consultation simple des cartes médicales**

Cette fonctionnalité a pour but de consulter une carte médicale existante. Cette consultation est réalisée par un CPAS.

L'opération est : **consultCarmed** .

Cette opération renvoie la version active de la décision électronique de prise en charge.

Les informations consultées sont sélectives en fonction du demandeur : en effet, le CPAS délivrant la carte – le gestionnaire - aura accès à toutes les informations alors qu'un autre CPAS n'aura accès qu'à des informations très limitées.

### 7.8.1.1 Acteurs

Agent – assistant social du CPAS (via son logiciel informatique : Prima web ou autre)

### 7.8.1.2 Déroulement

L'acteur appelle le service MediPrima de la BCSS via son logiciel informatique. La BCSS appelle ensuite le service eCarmed de Smals.

### 7.8.1.3 Le scénario majeur conduisant au succès

Le système reçoit une requête de consultation de carte médicale.

Le système valide les critères de recherche en suivant les [Règles de validation](#).

- Le système retourne la réponse de la requête qui est complétée en fonction du type de l'utilisateur (voir [Règles pour constituer la réponse à l'utilisateur](#))

### 7.8.1.4 Critères de recherche

Remarque : Les champs SearchCriteria.PrimaryBeneficiaryInss & SearchCriteria.MedicalCardNr sont mutuellement exclusifs. Ce qui veut dire que l'utilisateur effectue soit une recherche par NISS, soit une recherche par numéro de carte.

1. Les informations techniques d'identification du demandeur
2. Les critères de recherche :
  1. Recherche sur le numéro de décision électronique de prise en charge  
Medical\_card.card\_nr = SearchCriteria.MedicalCardNr
  2. Recherche sur le bénéficiaire (SearchCriteria.PrimaryBeneficiaryInss) :  
il faut introduire :
    - Un numéro de NISS valide
    - Une période composée d'une date de début et d'une date de fin celle-ci pouvant être la même que la date de début si la demande porte sur un seul jour.

Le message de requête au système MediPrima doit, outre l'identification du patient, préciser la date ou la période pour laquelle la consultation d'informations est demandée

La requête doit comporter les éléments suivants :

### 7.8.1.5 Règles de validation

Les règles de validation suivantes doivent être exécutées sur les données de la requête d'enregistrement du CPAS reçu en input :

- Si le NISS est le critère de recherche, celui-ci doit être valide (11 chiffres + check digit<sup>2</sup>), sinon on retourne le *message d'erreur 1*.
- Si le numéro de carte est le critère de recherche, celui-ci doit être valide (12 chiffres), sinon retourner le *message d'erreur 5*.
- Si le numéro de carte est le critère de recherche, le checksum du numéro de carte fourni en input doit être correct, sinon retourner le message d'erreur 5. Pour vérifier cela, les 10 premiers chiffres modulo 97 doivent être égaux aux 2 derniers chiffres du numéro de la carte.

---

<sup>2</sup> 9 premiers chiffres mod 97 = deux derniers chiffres

## 7.9 Consultation avec historique

La consultation avec historique renvoie dans les cas de succès toutes les versions de cartes médicales – actives ou non – limitées toutefois à 24 versions dans la période consultée.

L'opération est : **consultCarmedHistory**.

La requête doit comporter les éléments suivants :

1. Les informations techniques d'identification du demandeur
2. Les critères de recherche : la recherche s'effectue soit sur l'identification de la décision de prise en charge, soit sur le bénéficiaire. Les deux recherches sont exclusives.
  - a. Recherche par numéro de carte : il faut introduire le numéro connu.
  - b. Recherche sur le bénéficiaire : il faut introduire :
    - i. Un numéro de NISS (valide )
    - ii. Une période composée d'une date de début et d'une date de fin celle-ci pouvant être la même que la date de début si la demande porte sur un seul jour



---

## 8 Consultation d'un décompte de frais médicaux

A FAIRE

---

## 9 Passage en production

A définir

---

## 10 Liste des erreurs :

voir le TSS BCSS Annexe 8 pp 57 et suivantes.

## 11 Annexe 1 : Liste des refund codes SPP IS

Ci-dessous, les codes utilisés pour la première phase du projet.

1, 2, 5, 6 21, 22, 31, 32, 35, 36, 51, 52, 55, 56.

		Ticket modérateur	Ticket modérateur hospitalisation	Ticket modérateur frais ambulatoire	Part AMI	Part AMI hospitalisation	Part AMI frais ambulatoire	Attestation AMU
1	Reg Nat - illégal - Revenus < RIS - non assuré	100	100	100	100	100	100	Y
2	Reg Nat - illégal - Revenus > RIS - non assuré	0	100	0	100	100	100	Y
3	Reg Nat - illégal - Revenus < RIS - assuré	100	100	100	0	0	0	Y
4	Reg Nat - illégal - Revenus > RIS - assuré	0	100	0	0	0	0	Y
5	Reg Nat - légal - Revenus < RIS - non assuré	100	100	100	100	100	100	N
6	Reg Nat - légal - Revenus > RIS - non assuré	0	100	0	100	100	100	N
7	Reg Nat - légal - Revenus > RIS - assuré	100	100	100	0	0	0	N
8	Reg Nat - légal - Revenus < RIS - assuré	0	100	0	0	0	0	N
9	Reg Nat - légal - Revenus < RIS - non assuré	100	100	100	100	100	100	N
10	Reg Nat - légal - Revenus > RIS - non assuré	0	100	0	100	100	100	N
11	Reg Nat - légal - Revenus > RIS - assuré	100	100	100	0	0	0	N
12	Reg Nat - légal - Revenus < RIS - assuré	0	100	0	0	0	0	N
13	Reg Nat - légal - Revenus < RIS - non assuré	100	100	100	100	100	100	N
14	Reg Nat - légal - Revenus < RIS - non assuré	50	100	100	50	100	100	N
15	Reg Nat - légal - Revenus > RIS - non assuré	0	100	0	100	100	100	N
16	Reg Nat - légal - Revenus > RIS - non assuré	0	100	0	50	100	100	N
17	Reg Nat - légal - Revenus < RIS - assuré	100	100	100	0	0	0	N
18	Reg Nat - légal - Revenus < RIS - assuré	50	100	100	0	0	0	N
19	Reg Nat - légal - Revenus > RIS - assuré	0	100	0	0	0	0	N
20	Reg Nat - légal - Revenus > RIS - assuré	0	100	0	0	0	0	N
21	Reg BIS - illégal - Revenus < RIS - non assuré	100	100	100	100	100	100	Y
22	Reg BIS - illégal - Revenus > RIS - non assuré	0	100	0	100	100	100	Y
23	Reg BIS - illégal - Revenus < RIS - assuré	100	100	100	0	0	0	Y
24	Reg BIS - illégal - Revenus > RIS - assuré	0	100	0	0	0	0	Y
31	Radié - illégal - Revenus < RIS - non assuré	100	100	100	100	100	100	Y
32	Radié - illégal - Revenus > RIS - non assuré	0	100	0	100	100	100	Y
33	Radié - illégal - Revenus < RIS - assuré	100	100	100	0	0	0	Y
34	Radié - illégal - Revenus > RIS - assuré	0	100	0	0	0	0	Y
35	Radié - légal - Revenus < RIS - non assuré	100	100	100	100	100	100	N
36	Radié - légal - Revenus > RIS - non assuré	0	100	0	100	100	100	N
37	Radié - légal - Revenus > RIS - assuré	100	100	100	0	0	0	N

38	Radié - légal - Revenus < RIS - assuré	0	100	0	0	0	0	N
39	Radié - légal - Revenus < RIS - non assuré	100	100	100	100	100	100	N
40	Radié - légal - Revenus > RIS - non assuré	0	100	0	100	100	100	N
41	Radié - légal - Revenus > RIS - assuré	100	100	100	0	0	0	N
42	Radié - légal - Revenus < RIS - assuré	0	100	0	0	0	0	N
43	Radié - légal - Revenus < RIS - non assuré	100	100	100	100	100	100	N
44	Radié - légal - Revenus < RIS - non assuré	50	100	100	50	100	100	N
45	Radié - légal - Revenus > RIS - non assuré	0	100	0	100	100	100	N
46	Radié - légal - Revenus > RIS - non assuré	0	100	0	50	100	100	N
47	Radié - légal - Revenus < RIS - assuré	100	100	100	0	0	0	N
48	Radié - légal - Revenus < RIS - assuré	50	100	100	0	0	0	N
49	Radié - légal - Revenus > RIS - assuré	0	100	0	0	0	0	N
50	Radié - légal - Revenus > RIS - assuré	0	100	0	0	0	0	N
51	Radié - légal - Revenus < RIS - non assuré	0	100	100	0	100	100	N
52	Radié - légal - Revenus > RIS - non assuré	0	100	0	0	100	100	N
53	Radié - légal - Revenus < RIS - assuré	0	100	100	0	0	0	N
54	Radié - légal - Revenus > RIS - assuré	0	100	0	0	0	0	N
55	Reg Nat - légal - Revenus < RIS - non assuré	0	0	0	0	0	0	N
56	Reg Nat - légal - Revenus > RIS - non assuré	0	0	0	0	0	0	N
57	Reg Nat - légal - Revenus > RIS - assuré	0	0	0	0	0	0	N
58	Reg Nat - légal - Revenus < RIS - assuré	0	0	0	0	0	0	N