|  |  |
| --- | --- |
| logo_POD_kl |  |



MediPrima

Manuel à destination des CPAS et des prestataires de soins

Version 5.0 – 24/05/2017

Table des matières

[1 Introduction 7](#_Toc498695353)

[2 Concepts et principes de base 8](#_Toc498695354)

[2.1 MediPrima : qui, comment, de quoi s’agit-il ? 8](#_Toc498695355)

[2.2 Les acteurs du système MediPrima 8](#_Toc498695356)

[2.3 Le phasage 10](#_Toc498695357)

[2.4 Les notions de base 12](#_Toc498695358)

[2.4.1 Aide médicale 12](#_Toc498695359)

[2.4.2 Aide Médicale Urgente 12](#_Toc498695360)

[2.4.3 L’urgence médicale 13](#_Toc498695361)

[2.4.4 Personnes pouvant bénéficier de l’aide médicale 13](#_Toc498695362)

[2.4.5 Groupe pris en compte dans MediPrima 13](#_Toc498695363)

[2.4.6 Frais médicaux à charge de Fedasil 14](#_Toc498695364)

[2.4.7 Etablissement de soins 14](#_Toc498695365)

[2.4.8 Règles de compétence territoriale 14](#_Toc498695366)

[2.4.9 Résidence habituelle et effective 14](#_Toc498695367)

[2.4.10 Règle des 45 jours 14](#_Toc498695368)

[2.4.11 Simulation MediPrima 15](#_Toc498695369)

[2.4.12 La décision électronique de prise en charge 15](#_Toc498695370)

[2.4.13 Une décision par personne 15](#_Toc498695371)

[2.4.14 Décision de principe et la garantie de prise en charge 15](#_Toc498695372)

[2.4.15 Numéro de décision électronique et numéro de version 15](#_Toc498695373)

[2.4.16 La prise en charge par l’Etat (SPP IS) 16](#_Toc498695374)

[2.4.17 La prise en charge du CPAS 16](#_Toc498695375)

[2.4.18 Refundcode 16](#_Toc498695376)

[2.4.19 Modification d’une décision 17](#_Toc498695377)

[2.4.20 L’engagement de paiement (garantie pour le dispensateur de soins) 17](#_Toc498695378)

[2.4.21 Facture : 17](#_Toc498695379)

[2.4.22 Décompte : 17](#_Toc498695380)

[2.4.23 Décompte-CPAS ou Décomptes individuels : 17](#_Toc498695381)

[2.4.24 Formulaire d’information (relatif à l’aide médicale) 18](#_Toc498695382)

[3 MediPrima et le CPAS 19](#_Toc498695383)

[3.1 Le patient se rend d’abord chez le prestataire de soins 20](#_Toc498695384)

[3.2 Le patient se rend au CPAS : le CPAS réalise l’enquête sociale 20](#_Toc498695385)

[3.2.1 Le CPAS examine sa compétence territoriale 20](#_Toc498695386)

[3.2.2 Le CPAS contrôle l’existence d’une décision 21](#_Toc498695387)

[3.2.3 Le CPAS crée un dossier d’aide sociale et démarre l’enquête sociale 23](#_Toc498695388)

[3.3 Le CPAS prend une décision 25](#_Toc498695389)

[3.3.1 Une mise en ordre de mutuelle : 25](#_Toc498695390)

[3.3.2 Un refus 25](#_Toc498695391)

[3.3.3 Le CPAS effectue une simulation 25](#_Toc498695392)

[3.3.4 Le SPP IS analyse et répond 26](#_Toc498695393)

[3.4 Le CPAS prend une décision de prise en charge 26](#_Toc498695394)

[3.4.1 Le CPAS notifie sa décision au patient 27](#_Toc498695395)

[3.4.2 Le CPAS introduit sa décision dans MediPrima 27](#_Toc498695396)

[3.4.3 Prise en charge du CPAS : 29](#_Toc498695397)

[3.4.4 Problèmes techniques 29](#_Toc498695398)

[3.4.5 Retard de l’enquête sociale : 29](#_Toc498695399)

[3.4.6 La décision de principe 30](#_Toc498695400)

[3.4.7 La couverture (garantie de prise en charge) 30](#_Toc498695401)

[3.4.8 Rendre une couverture effective 31](#_Toc498695402)

[3.4.9 La décision de prise en charge est enregistrée 37](#_Toc498695403)

[3.5 Difficultés souvent rencontrées par les CPAS 39](#_Toc498695404)

[3.6 Impression du « formulaire d’information concernant l’aide médicale » 40](#_Toc498695405)

[3.7 Le CPAS notifie sa décision à l’administration (le SPP IS) 41](#_Toc498695406)

[3.8 Le CPAS prend une nouvelle décision de prise en charge 42](#_Toc498695407)

[3.9 Le CPAS modifie la décision électronique existante 42](#_Toc498695408)

[3.9.1 Dans quels cas le CPAS peut-il mettre à jour une décision ? 43](#_Toc498695409)

[3.9.2 Quand faut-il créer une nouvelle décision électronique de prise en charge ? 44](#_Toc498695410)

[3.10 Le CPAS arrête ou annule la décision 45](#_Toc498695411)

[3.10.1 Arrêter une décision 45](#_Toc498695412)

[3.10.2 Annuler une décision ou une couverture 46](#_Toc498695413)

[3.10.3 Un cas particulier : la suspension de la décision par le SPP IS 46](#_Toc498695414)

[3.11 Les mutations gérées par MediPrima 47](#_Toc498695415)

[3.11.1 Types de mutations 48](#_Toc498695416)

[3.11.2 Les conséquences d’une mutation 48](#_Toc498695417)

[3.11.3 Les actions possibles suite à une suspension 49](#_Toc498695418)

[3.11.4 Actions possibles lors de multiples mutations 51](#_Toc498695419)

[4 MediPrima pour le prestataire de soins 53](#_Toc498695420)

[4.1 La consultation de l’assurabilité et des décisions électroniques de prise en charge du patient. 54](#_Toc498695421)

[4.1.1 Identification du patient 54](#_Toc498695422)

[4.1.2 Le patient présente son formulaire d’information 54](#_Toc498695423)

[4.1.3 Quand a lieu la consultation des décisions de prise en charge ? 55](#_Toc498695424)

[4.1.4 Les outils de consultations 55](#_Toc498695425)

[4.1.5 La recherche dans MediPrima 55](#_Toc498695426)

[4.1.6 Le résultat de la recherche 56](#_Toc498695427)

[4.1.7 Le numéro d’engagement de paiement 56](#_Toc498695428)

[4.1.8 Il existe une décision de prise en charge avec une couverture appropriée 59](#_Toc498695429)

[4.1.9 Il n’y a pas de décision de prise en charge ou la décision ne couvre pas les prestations de soins 59](#_Toc498695430)

[4.2 Le dispensateur de soins facture les soins prodigués 62](#_Toc498695431)

[4.3 L’attestation d’Aide Médicale Urgente (AMU) 62](#_Toc498695432)

[4.3.2 Une prescription pour un autre dispensateur /prestataire 63](#_Toc498695433)

[5 La facturation des frais médicaux 64](#_Toc498695434)

[5.1 La facturation électronique vers la CAAMI 65](#_Toc498695435)

[5.1.1 Identification des débiteurs 65](#_Toc498695436)

[5.1.2 Conventions entre certains CPAS et les hôpitaux 66](#_Toc498695437)

[5.1.3 Avis d’un médecin-conseil de la mutuelle 66](#_Toc498695438)

[5.1.4 Scission des factures (hôpitaux) 66](#_Toc498695439)

[5.1.5 Envoi des factures électroniques à la CAAMI : 66](#_Toc498695440)

[5.1.6 En cas de facturation MyCareNet 67](#_Toc498695441)

[5.1.7 Instructions de facturation spécifiques de la CAAMI pour les prestataires 67](#_Toc498695442)

[5.2 La facturation papier 67](#_Toc498695443)

[5.2.1 Règles de production des factures papier : 67](#_Toc498695444)

[5.2.2 Présentation de la facture papier : 68](#_Toc498695445)

[5.3 Le traitement de la facturation par la CAAMI 68](#_Toc498695446)

[5.3.1 Traitement de la CAAMI 68](#_Toc498695447)

[5.3.2 Corrections des factures 69](#_Toc498695448)

[5.3.3 Délai maximum de paiement par la CAAMI : 69](#_Toc498695449)

[5.4 Réalisation des décomptes mensuels pour le SPP IS et les CPAS 69](#_Toc498695450)

[5.4.1 Transmission des décomptes au SPP IS 69](#_Toc498695451)

[5.5 Le SPP IS transmet les décomptes au(x) CPAS 70](#_Toc498695452)

[5.5.1 Le CPAS traite les factures 71](#_Toc498695453)

[5.5.2 Consultation par le CPAS du décompte 71](#_Toc498695454)

[5.5.3 Contrôle des factures par le CPAS 71](#_Toc498695455)

[5.5.4 Paiement des factures par le CPAS 71](#_Toc498695456)

[5.6 Dernière étape : le formulaire D 71](#_Toc498695457)

[5.7 Pour terminer : l’inspection du SPP IS 72](#_Toc498695458)

# Introduction

Ce manuel a pour objectif de décrire comment fonctionne la plateforme électronique MediPrima et de vous familiariser avec les différentes étapes du processus de gestion de l’aide médicale à travers ce système, en en donnant une vue la plus complète possible.

Il s’adresse aussi bien aux travailleurs sociaux des CPAS qu’aux prestataires de soins et à toutes les personnes concernées par le système Mediprima.

# Concepts et principes de base

## MediPrima : qui, comment, de quoi s’agit-il ?

MediPrima est une plateforme informatique qui rassemble dans une base de données centrale, source authentique de cette information, toutes les décisions de prises en charge des soins de santé par les CPAS et qui permet le remboursement automatisé des frais médicaux.

Cette base de données authentique est accessible par toutes les parties concernées par la gestion de l’aide médicale, qui peuvent la consulter ou l’utiliser.

La création du système MediPrima a pour but de simplifier, de rationaliser et d’améliorer le traitement de l’aide médicale octroyée par les CPAS à des personnes indigentes : il permet donc :

* aux CPAS de gérer, dans un système centralisé, l’ensemble de leurs décisions en matière de soins de santé et
* aux prestataires de soins de :
	+ consulter ces décisions de prise en charge pour connaître leur remboursement
	+ facturer électroniquement leurs prestations médicales réalisées pour des patients bénéficiant d’une aide médicale octroyée par un CPAS à la Caisse Auxiliaire d’Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI).

C’est en effet la CAAMI qui réalise les contrôles de ces prestations en appliquant les règles de tarification de l’INAMI et qui paie ensuite directement la partie des frais à charge de l’Etat belge, sur base des décisions électroniques prises par les CPAS et introduites dans MediPrima.

Grâce à MediPrima, les frais médicaux des usagers des CPAS à charge de l’Etat sont remboursés au prestataire de soins par la CAAMI dans un délai moyen de 8 jours après réception des factures approuvées dans le système.

## Les acteurs du système MediPrima

La plateforme MediPrima résulte d’une collaboration entre plusieurs partenaires :

* Les CPAS ;
* Les prestataires de soins ;
* Le SPP IS ;
* La CAAMI ;
* La BCSS ;
* Les mutuelles ;
* les CPAS
* Le CIN ;
* eHealth ;
* l’ASA ;
* l’INAMI ;
* Les bénéficiaires de l’aide médicale, les usagers des CPAS.

## Le p**h**asage

Vu l’ampleur et la complexité des développements à réaliser pour mettre le système à disposition de tous les prestataires de soins, MediPrima a été découpé en plusieurs phases.

* **La phase 1**

Cette phase concerne la prise en charge de toutes les factures des établissements de soins relatives aux personnes émargeant d’un CPAS qui ne bénéficient pas d’une assurance maladie-invalidité et qui ne peuvent pas s’inscrire auprès d’une mutualité en Belgique.

Il s’agit notamment :

* les illégaux : des étrangers séjournant dans le Royaume sans titre de séjour valable ;
* les personnes dont la demande de régularisation sur base de l’article 9ter (raisons médicales) a été déclarée recevable ;
* les demandeurs d’asile en aide financière ou en ILA[[1]](#footnote-1)
* les personnes radiées.

Par établissements de soins, on entend les établissements dont le numéro INAMI commence par les chiffres 710 ou 720.

Il s’agit ici aussi bien des hospitalisations que des soins ambulatoires, y compris les médicaments, en milieu hospitalier.

* **La phase 2**

La phase 2 vise à étendre le bénéfice du système informatique MediPrima à d’autres catégories de prestataires de soins que les hôpitaux :

* les médecins généralistes ;
* les pharmaciens.
* **La phase 3**

La phase 3 étend l’utilisation de MediPrima à tous les usagers des CPAS qui peuvent bénéficier d’une aide médicale, soit aussi aux personnes assurées par ailleurs auprès d’une mutuelle.

Enfin, la dernière étape sera l’extension de MediPrima à tous les prestataires de soins et pour tous les demandeurs d’une aide médicale auprès d’un CPAS. Elle sera fonction de l’évolution de l’informatisation des différents prestataires. Il s’agira :

* des infirmiers ;
* des dentistes
* des spécialistes
* des prestataires paramédicaux ;
* etc. …

**Remarque sur le phasage :**

Il résulte de ce phasage que, dans certains cas, le CPAS va devoir créer une décision de prise en charge automatisée dans le système MediPrima et dans l’ancienne procédure (envoi des formulaires électroniques A, B1/2et encore D1, D2 au SPP IS), pour toutes les prestations qui n’entrent pas dans le cadre de la phase 1 : les soins hors hôpital ou dispensés à des personnes assurées.

## Les notions de base

### Aide médicale

L’aide médicale est la prise en charge totale ou partielle des frais médicaux de personnes émargeant d’un CPAS. Cette **aide financière** n’est pas versée directement à la personne aidée. L’aide médicale vise à assurer à son bénéficiaire l’accès aux soins médicaux (consultation chez un médecin, hospitalisation, médicaments dans une pharmacie, séances de kinésithérapie …) par le paiement des prestations médicales.

L’Etat fédéral, représenté par le SPP IS, prend en charge une partie des coûts de cette aide médicale.

Le CPAS, s’il le décide, peut aussi prendre en charge une partie des frais non couverts par l’Etat.

### Aide Médicale Urgente

Selon la loi[[2]](#footnote-2), l’Aide Médicale Urgente, appelée AMU, est une forme d’aide sociale exclusivement destinée aux personnes étrangères en séjour illégal, c’est-à-dire des personnes étrangères n’ayant pas (ou plus) de titre de séjour valable en Belgique.

Selon l’arrêté royal[[3]](#footnote-3) l’Aide Médicale Urgente couvre des prestations exclusivement médicales, y compris l’hospitalisation avec frais de séjour et de nourriture.

L’Aide Médicale Urgente ne doit pas être confondue avec l’urgence au sens médical et hospitalier : elle inclut des soins à caractère **curatif** mais aussi **préventif**.

*A ce titre, des séances de kinésithérapie, des examens médicaux, etc… peuvent entrer en ligne de compte à condition qu’ils soient couverts par une attestation d’aide médicale urgente.*

Enfin, il y a une notion de **continuité de soins** et de prophylaxie, notamment pour le traitement des maladies contagieuses.

L’application de cette règlementation doit être démontrée par la production d’un certificat ou **attestation d’Aide Médicale Urgente**. Cette dernière doit être délivrée par un médecin ou un dentiste agréé, c’est-à-dire reconnu par la Santé Publique et disposant d’un numéro d’identification INAMI.

Pour les frais pharmaceutiques aussi, une attestation d’Aide Médicale Urgente du médecin prescripteur doit être délivrée. Cette attestation doit temporairement encore être conservée par le CPAS.

### L’urgence médicale

Quand les soins ne peuvent être postposés, on parle d’urgence médicale. L’urgence médicale n’est pas définie par la législation mais par la pratique.

En effet, l’urgence au sens médical et hospitalier peut être définie comme étant l’état physique d’un patient qui nécessite une intervention immédiate au risque de mettre en péril les fonctions vitales du patient concerné ou qui nécessite des actes techniques urgents et indispensables afin d’éviter des complications ultérieures.

### Personnes pouvant bénéficier de l’aide médicale

Il existe 3 catégories de personnes pouvant bénéficier de l’aide médicale.

* Des personnes en séjour illégal :

Les personnes en séjour illégal et qui sont indigentes peuvent bénéficier de l’Aide Médicale Urgente (AMU). **Il s’agit, en principe, de la seule forme d’aide dont ils bénéficient.**

* Des personnes non assurées demandeurs d’aide auprès d’un CPAS :

Les personnes qui font appel à un CPAS (y compris les étrangers résidant légalement) et qui ne sont pas – ou plus – assurés auprès d’un organisme assureur ou une mutuelle, qui ne peuvent y être assurés et qui sont dans une situation d’indigence financière.

* Des personnes assurées demandeurs d’aide auprès d’un CPAS :

Les personnes qui font appel à un CPAS (y compris les étrangers avec un droit de séjour légal) et qui sont assurées auprès d’une mutuelle, mais dans un état d’indigence qui ne leur permet pas de payer la part des frais hospitaliers, médicaux ou pharmaceutiques qui reste à leur charge.

### Groupe pris en compte dans MediPrima

Dans la première phase, l’utilisation de MediPrima est réservée à la catégorie d’usagers qui n’est pas assurée et qui n’est pas assurable. Il s’agit :

1. Des illégaux : les étrangers sans titre de séjour valable en Belgique,
2. les personnes dont la demande de régularisation sur base de l’article 9ter a été déclarée recevable ;
3. Les demandeurs d’asile en aide financière ou qui séjournent dans une ILA (Initiative Locale d’Accueil) ;
4. Les radiés au Registre National.

### Frais médicaux à charge de Fedasil

Les frais médicaux pris en charge par Fedasil ne passent pas encore par MediPrima. Les personnes hébergées en centre d’accueil ne peuvent faire l’objet d’une décision de prise en charge dans MediPrima car leurs frais médicaux sont pris en charge par Fedasil.

Fedasil entrera dans le système MediPrima dans une phase ultérieure.

### Etablissement de soins

Le terme établissement de soins est un terme général qui couvre tous les établissements où l’on dispense des soins médicaux. [[4]](#footnote-4)

Dans la première phase, seuls les hôpitaux dont le numéro INAMI commence par les chiffres 710 et 720 sont repris.

### Règles de compétence territoriale

En principe, le CPAS compétent est celui de la commune où le demandeur a sa résidence habituelle et effective.

Pour les personnes en séjour illégal, le centre qui est compétent pour traiter l’Aide Médicale Urgente est le CPAS de la commune où la personne a sa résidence habituelle.

Les règles d’exception de la loi du 02/04/1965 restent d’application. [[5]](#footnote-5)

### Résidence habituelle et effective

La résidence habituelle et effective est le domicile ou le lieu où réside une personne (avec sa famille) habituellement. La détermination de la résidence habituelle et effective se fait au travers d’un faisceau suffisant de faits objectifs constatés durant l’enquête sociale.

### Règle des 45 jours

Pour assurer une prise en charge par l’Etat des frais médicaux et pharmaceutiques, le CPAS doit prendre une décision dans un délai de 45 jours suivant la date de début des prestations de soins.

La période de soins considérée commence soit le jour de l’admission pour l’hospitalisation, soit le jour de la prestation médicale effective pour les autres soins.

Les frais médicaux remontant à ’une période antérieure de plus de 45 jours avant la décision ne sont pas pris en charge par l’Etat, sauf dans le cas d’une décision judiciaire.

### Simulation MediPrima

Le CPAS peut, à tout moment, demander une simulation pour recevoir électroniquement les taux de remboursement qui sont pris en charge par l’Etat fédéral (SPP IS) et qui s’appliquent conformément à la réglementation et la situation juridique et administrative de la personne concernée.

Il peut le faire à partir de son logiciel social sans nécessairement introduire une décision de prise en charge.

### La décision électronique de prise en charge

Une décision de prise en charge électronique comprend :

* L’identification du patient
* Le CPAS qui a pris la décision;
* La date de validité de la décision/ des couvertures;
* Le pourcentage de prise en charge de l’Etat Fédéral (SPP-IS);
* Le statut de la personne;
* L’existence d’une décision judiciaire
* L’assurabilité de la personne
* Le revenu qui est supérieur ou non au RI
* Par type de soins (hospitalisations, soins ambulatoires, médecine générale, prestations paramédicales, frais pharmaceutiques, prothèses, transport médical, divers), la durée et les conditions éventuelles de la prise en charge par l’Etat Belge et par les CPAS.

### Une décision par personne

Une décision électronique de prise en charge médicale est individuelle : elle doit être introduite pour chaque bénéficiaire.

### Décision de principe et la garantie de prise en charge

Une **décision de principe** est une décision du CPAS par laquelle celui-ci reconnaît sa compétence et indique que la personne est en état d’indigence. Il s’agit donc d’une décision prise (par le Conseil ou par délégation) après avoir effectué une enquête sociale. Cependant, une décision de principe ne contient aucune couverture.

Lorsqu’une aide médicale est spécifiée et un engagement de paiement est livré, on parle d’une **garantie de prise en charge**.

### ****Numéro de décision électronique et numéro de version****

Le numéro de décision est un numéro **unique** attribué automatiquement lors de la création d’une décision électronique. Ce numéro ne changera plus, peu importe les mises à jour que vous effectuerez dans cette décision.

A chaque décision électronique est également attribué un numéro unique de version. Lors de la création d’une décision, celui-ci est égal à 1. A chaque modification de la décision, le numéro de version augmente. Ainsi les différentes versions d’une décision électronique peuvent être identifiées plus aisément.

### La prise en charge par l’Etat (SPP IS)

La règle générale est que l’Etat prend en charge les frais médicaux des personnes qui bénéficient de l’aide médicale uniquement à concurrence du montant pris en charge par l’assurance maladie-invalidité.

Ainsi, seules les prestations pour lesquelles il existe un code ou un pseudocode dans la nomenclature INAMI [[6]](#footnote-6) peuvent être prises en considération pour une prise en charge par le SPP IS. Le remboursement de ces prestations sera plafonné au tarif de l’INAMI.

### La prise en charge du CPAS

Le CPAS a le droit d’étendre son intervention à d’autres frais, hors nomenclature INAMI par exemple, ou de payer plus que le tarif INAMI. Ces montants ne seront pas remboursés par l’Etat et resteront à la charge du CPAS (si celui-ci a accepté de les couvrir). Cette couverture se fait alors sur les fonds propres du CPAS.

Les frais non couverts par une décision de prise en charge d’un CPAS restent à charge du patient. La décision du CPAS est impérative même pour des frais que l’Etat (SPP IS) prend en charge.

### Refundcode

L’Etat intervient dans les frais médicaux et pharmaceutiques en fonction de la situation de la personne. Le « refundcode » est un code numérique déterminé par l’Etat (le SPP IS) qui décrit la situation spécifique du bénéficiaire ainsi que le niveau d’intervention de l’Etat (SPP IS).

Les éléments liés au bénéficiaire qui déterminent le « refundcode » sont :

* Le registre d’inscription ;
* Le statut de séjour ;
* L’assurabilité ;
* Les revenus ;
* La commune de résidence du candidat réfugié ;
* L’offre de logement décent et adapté aux moyens du candidat réfugié.

Vous trouverez la liste complète et actualisée des « refundcodes » sur le site web du SPP IS sous <https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/mediprima_refund_codes_fr_2016_0.xlsx> .

*A titre d’exemple, une personne en séjour illégal non assurée, avec des revenus inférieurs au RI aura un autre « refundcode » qu’une personne qu’a perdu son statut d’illégalité il y a moins de 3 mois, qui pourrait être affiliée et ayant des revenus inférieurs au RI bien que pour ces personnes l’intervention de l’Etat est identique. De fait, pour la première personne, une attestation d’aide médicale urgente devra être présente pour que l’Etat intervienne, tandis que ce ne sera pas le cas pour la seconde personne.*

### Modification d’une décision

Le CPAS peut à tout moment modifier sa décision de prise en charge.

Le CPAS peut également étendre une couverture d’une décision qui se situe dans le passé.

Il ne peut toutefois modifier **rétroactivement** celle-ci que s’il augmente les droits du bénéficiaire.

Le CPAS peut donc octroyer de nouveaux droits avec une force rétroactive de maximum 45 jours sauf en cas de décision judiciaire.

### L’engagement de paiement (garantie pour le dispensateur de soins)

Le dispensateur de soins reçoit sous la forme d’un **numéro d’engagement de paiement** attribué par le système MediPrima, la garantie que les traitements, les consultations et les soins qu’il prodigue conformément aux termes de la décision électronique, seront pris en charge, même si le CPAS change (limite) les droits dans le futur.

Ainsi, un prestataire qui a prodigué des soins médicaux sur base d’une consultation de la décision médicale avant que le changement ait été introduit dans le système, sera assuré d’être remboursé pour ses soins. Dans ce cas, sa facture sera payée par la CAAMI. Cependant, cette garantie est limitée à 30 jours.

### Facture :

Fichier envoyé par le prestataire de soins à la CAAMI contenant l’ensemble des soins facturés par ce prestataire pour des personnes bénéficiant d’une décision de prise en charge.

### Décompte :

Fichier envoyé mensuellement par la CAAMI au SPP-IS contenant l’ensemble des soins payés par la CAAMI pour des personnes bénéficiant d’une décision de prise en charge.

### Décompte-CPAS ou Décomptes individuels :

Fichier envoyé par le SPP-IS au CPAS contenant les informations de la facture du prestataire, complété par l’ensemble des soins payés par la CAAMI pour des personnes bénéficiant d’une décision de prise en charge dans ce CPAS.

### Formulaire d’information (relatif à l’aide médicale)

Ce formulaire papier remis par le CPAS au bénéficiaire permet à ce dernier de transmettre au dispensateur de soins les informations correctes : il contient la photo du bénéficiaire majeur titulaire du formulaire et le numéro NISS, le nom et prénoms, le genre et la date de naissance du bénéficiaire majeur et de chacune des personnes mineures à sa charge.

Ce formulaire ne donne aucun droit et ne représente en aucun cas une attestation de prise en charge par le CPAS.

Plus d’information au point 3.6.

# MediPrima et le CPAS

Lorsqu’une personne a besoin de soins médicaux mais ne dispose pas des ressources suffisantes pour faire face aux frais de ceux-ci, elle peut demander une aide médicale à son CPAS compétent.

Il est essentiel que la personne introduise sa demande au CPAS avant de se présenter chez un dispensateur de soins afin que le CPAS puisse prendre une décision et l’introduire dans la base de données MediPrima avant la prestation de soins.

*Dans la pratique, il se pourrait que le patient en séjour illégal et/ou peu familiarisé avec le droit administratif se rende malgré tout chez un dispensateur de soins, un médecin ou la garde d’un hôpital, plutôt qu’au CPAS.*

*En fonction de la gravité de la situation, le dispensateur renverra cette personne vers le CPAS compétent si les soins peuvent être postposés ou, en cas d’urgence médicale, effectuera l’intervention (voir « Le patient se présente un prestataire de soins »).*

Il y a deux scénarios possibles :

1. Le patient se rend d’abord chez un prestataire de soins
2. Le patient se rend au CPAS – le CPAS effectue l’enquête sociale.

## Le patient se rend d’abord chez le prestataire de soins

Le patient qui a besoin d’aide médicale doit obligatoirement, avant toute prestation de soins, être enregistré auprès d’un CPAS

En pratique, il se peut que le patient, soit parce qu’il est en situation d’urgence soit par ignorance, s’adresse d’abord au prestataire. Ce qu’il faut faire dans ce cas est expliqué au chapitre 4.1.9.

## Le patient se rend au CPAS : le CPAS réalise l’enquête sociale

Lorsqu’une personne demande de l’aide médicale, le CPAS ne l’acceptera pas automatiquement. L’assistant social du CPAS doit, en premier lieu, examiner sa compétence territoriale et vérifier, au moyen de la base de données MediPrima, si le demandeur ne bénéficie pas déjà d’une couverture de ses soins médicaux (une prise en charge) soit dans son CPAS, soit dans un autre CPAS.

### Le CPAS examine sa compétence territoriale

Le CPAS vérifie, en premier lieu, s’il est territorialement compétent pour prendre les soins en charge.

#### Le CPAS n’est pas compétent

Si, pour une raison ou une autre, le CPAS estime qu’il n’est pas compétent, il doit communiquer, dans un délai de cinq jours calendrier et de son initiative, son incompétence territoriale par courrier :

* + Au patient

Le CPAS l’informe qu’il a transmis sa demande au CPAS compétent et lui mentionne les coordonnées de celui-ci, ainsi que les raisons de son incompétence territoriale.

* + Au CPAS qu’il estime compétent

Le CPAS mentionne les raisons de son incompétence.

* + Eventuellement aussi au prestataire de soins

Le CPAS informe le prestataire qu’il n’est pas compétent.

S’il ne respecte pas cette obligation, le CPAS assumera alors la prestation de service social, ceci tant qu’il n’a pas transmis la demande ni communiqué les raisons invoquées pour justifier l’incompétence.

Le second CPAS ne peut reprendre le flambeau qu’après réception de la demande d’aide. Il ne peut donc être sanctionné en raison de l’envoi tardif d’une demande d’aide impliquant que le délai de 45 jours ne puisse plus être respecté.

Si le deuxième CPAS refuse la prise en charge, il est tenu d’informer dans les cinq jours ouvrables aussi l’autorité fédérale en charge, c’est-à-dire le service Conflit de compétence du SPP IS.

#### ****Si deux CPAS s'estiment compétents****

Le SPP IS peut uniquement répondre aux questions et faire part de son interprétation. Le SPP IS ne dispose pas de base légale pour prendre une décision dans ce cas et désigner un CPAS. Pour contrôler l’existence d’une décision électronique dans Mediprima, voir 3.2.2.

#### Responsabilité du CPAS

La décision électronique reflète une décision juridique. Tant que le CPAS qui s'est initialement engagé ne revoit/ne met pas fin à sa décision électronique, il reste responsable.

#### Intervention d’un second CPAS

Si un CPAS décide d’intervenir alors qu’une décision d’un autre CPAS existe déjà dans la base de données, l’Etat n’interviendra pas dans les frais éventuels. Pour contrôler l’existence d’une décision électronique dans Mediprima, voir 3.2.2.

Le SPP IS n'accepte pas qu'un CPAS se substitue à un autre. Il n'est pas autorisé de prendre deux décisions (même si les garanties de prise en charge diffèrent) se rapportant à une même personne et pour une même période. Le deuxième CPAS ne peut reprendre le flambeau qu'à partir du moment où le premier CPAS a mis fin à sa décision.

#### Le CPAS compétent pour l’enfant est différent de celui de sa mère

Si, à la naissance d’un enfant, le CPAS compétent pour celui-ci n’est pas le même que celui de la mère, 2 CPAS différents peuvent être compétents. Il s’agit de 2 personnes différentes, chaque CPAS peut donc prendre une décision concernant la personne pour laquelle il s’estime compétent.

### Le CPAS contrôle l’existence d’une décision

Il faut obligatoirement un NISS, correspondant au numéro de registre national ou au numéro bis, pour pouvoir consulter MediPrima. 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.

Les CPAS peuvent consulter les décisions de prise en charge de deux manières :

* **La recherche « simple » :**

Elle permet de consulter la dernière version des décisions de prise en charge des soins médicaux, l’assistant social du CPAS fait une recherche sur :

* + le **numéro NISS** du demandeur en combinaison avec une **date**
	+ le **numéro NISS** du demandeur en combinaison avec une **période.**
	+ **Le numéro NISS du demandeur :**

La recherche sur le nom de la personne n’est pas possible. Le numéro NISS doit donc être retrouvé d’une autre manière. Par exemple, par une recherche phonétique dans le Registre National via la BCSS.

* **Une date précise :**

Par défaut, la date de consultation est la date du jour.

* **Une période :**

Cette fonction permet de consulter l’historique de la décision pour un NISS donné et une période donnée.

* **Le numéro d’une décision de prise en charge :**

Chaque décision de prise en charge a un numéro unique qui est automatiquement attribué par le système lors de la création de la décision dans la base de données. Seul le CPAS gestionnaire de la décision électronique peut consulter la base de données sur le numéro de décision et le numéro de version.

* **La recherche sur « historique » :**

Via cette recherche, on peut obtenir toutes les décisions et leurs différentes versions (jusqu’à 24) dans la période concernée et pour la personne concernée.

**Les résultats d’une consultation peuvent être :**

* + **Pas de résultat :**

Il n’y a pas encore de décision de prise en charge. L’assistant social examine alors la compétence du CPAS et commence son enquête sociale.

* + **Une erreur technique :**

Un message d’erreur, explicitant le type d’erreur, est renvoyé (ex. le numéro NISS introduit est incorrect).

* + **Une ou plusieurs décisions pour la même personne :**

Lorsqu’il existe déjà une décision de prise en charge médicale valide pour la personne ou s’il y a eu une décision antérieure, le collaborateur du CPAS peut immédiatement consulter cette décision.

Il y a deux possibilités :

* + La personne qui a effectué la recherche est un collaborateur du CPAS qui est gestionnaire de la décision recherchée, c’est-à-dire le CPAS compétent. Dans ce cas, le contenu complet de la décision lui est présenté.
* La personne qui a effectué la recherche est un collaborateur d’un CPAS qui n’est pas gestionnaire de la décision. Dans ce cas, il ne reçoit **qu’une information succincte** limitée au numéro d’entreprise (BCE) et au nom du CPAS gestionnaire, le numéro de décision ainsi que la date de début et de fin de validité de la dernière décision.

**Quand une décision électronique d’un CPAS existe déjà,** le contenu de cette décision ne peut pas être consulté par un autre CPAS.

Lorsqu’un autre CPAS veut créer une décision électronique, il faut :

* Soit renvoyer la personne vers le CPAS compétent ;
* Soit prendre contact avec ce CPAS pour que celui-ci arrête éventuellement la décision électronique (si le CPAS B est d’avis que c’est lui, et plus le CPAS A, qui est compétent).

### Le CPAS crée un dossier d’aide sociale et démarre l’enquête sociale

#### Dossier social

Dès que le CPAS compétent est connu, il crée dans son logiciel social un dossier afin de traiter la demande de prise en charge : il s’agit du dossier d’aide sociale.

Pour réaliser efficacement l’enquête sociale, le CPAS doit pouvoir consulter les flux d’information de la BCSS.

#### Le CPAS réalise l’enquête sociale

L’assistant social du CPAS effectue une enquête sociale [[7]](#footnote-7) pour constater l’indigence de la personne et pour vérifier s’il existe une assurance pour soins médicaux. Le demandeur fournit les documents nécessaires.

Le CPAS note les éléments pertinents de l’enquête sociale dans son rapport pour justifier sa décision d’intervenir (notamment lors des inspections de SPP IS ultérieures en cas de prise en charge par l’Etat).

Le CPAS n’interviendra que si les conditions de base sont remplies :

* L’Etat d’indigence du demandeur :

Le demandeur (même s’il est en séjour illégal) doit d’abord utiliser les ressources à sa disposition avant de faire appel au CPAS.

Le CPAS établit un bilan financier des ressources et des charges de la personne pour déterminer le besoin d’aide.

* La situation de séjour du demandeur :

Les personnes en séjour illégal, c’est-à-dire les personnes qui ne disposent pas ou plus d’un droit de séjour en Belgique, ne peuvent bénéficier que de l’Aide Médicale Urgente [[8]](#footnote-8) (AMU).

Le caractère d’Aide Médical Urgente est attesté par un médecin ou un dentiste agréé par l’INAMI et ne peut pas être confondu avec une urgence au sens médical du terme.[[9]](#footnote-9)

* L’assurabilité du demandeur :

Si la personne est affiliée à une mutuelle (ou auprès d’un organisme équivalent à l’étranger) ou qu’elle dispose d’une assurance complémentaire, (ou encore d’une assurance voyage, d’un engagement de prise en charge, d’un garant)…, ce sont l’organisme assureur, le garant, etc. qui doivent en priorité prendre en charge les frais médicaux du demandeur. Dans ce cas, le CPAS pourrait refuser d’intervenir dans les frais médicaux. Le CPAS ne peut intervenir qu’à titre résiduaire, donc uniquement pour les frais qui n’ont pas été pris en charge expressément.

#### Les sources d ’information du CPAS

**Outre sa propre enquête, le CPAS peut s’appuyer sur des** éléments fiables et justifiés recueillis par un tiers, notamment le service social d’un hôpital, ce qui permet de prendre une décision plus rapidement.

En général, l’hôpital transmet les informations recueillies sous forme de documents structurés, comme la « fiche de liaison » ou la « fiche d’enquête sociale ».

* La fiche de liaison ([voir sur le site du SPP IS](https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/annexe_1_-_document_confidentiel_de_liaison.xlsx) ) :

Ce document d’information émane du service social de l’hôpital. Il identifie le patient avec les premières informations disponibles et donne des informations sur la nature des soins reçus.

Cette « fiche de liaison » est transmise au CPAS compétent et informe ce CPAS sur l’intervention médicale. Elle peut servir de base à l’assistant social pour élaborer son dossier d’aide.

* La fiche d’enquête sociale ([voir sur le site du SPP IS](https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/annexe_2_-_enquete_sociale_en_cas_de_soins_urgents_-_dhospitalisation_urgente.xlsx)) :

Il s’agit d’un autre document établi par certains hôpitaux, plus complet, qui reprend des éléments d’informations utiles pour l’enquête sociale et le mandat donné par le demandeur pour introduire sa demande d’aide médicale auprès du CPAS compétent.

## Le CPAS prend une décision

En fonction des résultats de l’enquête sociale, le CPAS peut décider :

### Une mise en ordre de mutuelle :

Le CPAS veille à l’inscription de la personne auprès d’un OA ou à la régularisation du dossier mutuelle du demandeur. C’est la première mesure à entreprendre pour le CPAS si la personne est dans les conditions pour bénéficier de la couverture de l’assurance maladie-invalidité. [[10]](#footnote-10)

### Un refus

Si le CPAS ne peut pas déterminer l’état d’indigence de la personne, ou s’il n’y a pas d’indigence, il refusera la prise en charge.

Une décision de refus n’est pas introduite dans le système MediPrima.

### Le CPAS effectue une simulation

Avant de prendre sa décision finale, le CPAS peut effectuer une simulation. Cette opération lui permet de connaître la prise en charge du SPP IS.

* *Qu’est-ce qu’une simulation ?*

Le CPAS peut à tout moment obtenir par voie électronique les taux de remboursement qui sont pris en charge par l’Etat fédéral (SPP IS) et qui s’appliquent conformément à la réglementation et à la situation juridique et administrative de la personne concernée.

L’information obtenue peut aider à prendre la décision. Le CPAS reste bien sûr encore responsable et tenu de faire une enquête sociale.

Le CPAS peut faire la demande des pourcentages de remboursement à partir de son logiciel social sans nécessairement introduire une décision de prise en charge. Cette opération s’appelle une « **simulation** ».

* *Quels éléments faut-il fournir :*

Pour réaliser une simulation, le CPAS doit communiquer les éléments suivants au SPP IS :

* Le numéro NISS de la personne : son identification ;
* La période de la couverture des soins de santé demandés ;
* Un indicateur signalant si le bénéficiaire dispose de revenus supérieurs ou égaux à celui du revenu d’intégration ;
* La date de la décision ;
* Un flag indiquant s’il y a eu une décision judiciaire (un jugement d’un tribunal du travail)
	+ Si c’est le cas, un flag indiquant qu’il n’y a pas d’intervention de l’Etat

### Le SPP IS analyse et répond

Le système MediPrima transmet immédiatement les pourcentages d’intervention du SPP. Le calcul se fait en fonction du profil de la personne et en fonction des diverses catégories de soins.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Intervention** | **Hospitalisation** | **Soins ambulatoires** | **Autres soins** |
| **Part AMI** | 100 % ou 0 % | 100 % ou 0 % | 100 % ou 50 % ou 0 % |
| **Part patient**  | 100 % ou 0 % | 100 % ou 0 % | 100 % ou 50 % ou 0 % |

La simulation n’est pas enregistrée dans MediPrima.

En cas de contestation des %, le CPAS doit prendre contact avec le SPP IS.

## Le CPAS prend une décision de prise en charge

Sur base de l’enquête sociale, une proposition est élaborée. Cette proposition complète est soumise au Conseil de l’Action Sociale ou toute autre instance déléguée du CPAS qui prend une décision prise en charge ou non des soins médicaux.

* **Refus d’intervenir** dans les frais médicaux :

En cas de refus d’aide, le dispensateur ne sera pas remboursé par le CPAS ni par l’Etat. Le dispensateur de soins transmet les factures au patient.

Ce refus n’est pas enregistré dans MediPrima.

* **Décision d’intervenir** dans les frais médicaux :

Le CPAS décide d’octroyer une intervention dans les frais de l’aide médicale. Cette décision peut éventuellement être assortie d’une décision relative à un autre type d’aide sociale (revenu d’intégration, aide financière, …).

En cas d’octroi de l’aide, les modalités de l’intervention du CPAS sont également déterminées.

* Quelle(s) catégorie(s) de soins prendra-t-il en charge (selon les 9 catégories de soins) ?
* Quelle est la durée des couvertures octroyées ?
* Quelles sont les éventuelles conditions (franchises, etc.) ?
* Quels sont les éventuels dispensateurs de soins éligibles (quel médecin, quel hôpital) ?

En effet, le CPAS dispose d’une certaine autonomie de décision lui permettant de limiter son intervention au choix de certains dispensateurs de soins : hôpitaux ou médecins conventionnés avec le CPAS, etc.

* Le cas de **l’Aide Médicale Urgente**

L’octroi de l’aide médicale urgente doit aussi faire l’objet d’une décision du Conseil de l’Aide Sociale.

Ce n’est que si un médecin qui a délivré une attestation d’aide médicale urgente et si la personne répond aux conditions imposées (cf. « qui peut bénéficier de l’aide médicale ») que l’Etat couvrira les prestations.

MediPrima alimente le flag AMU (une attestation AMU est nécessaire) et la description du statut de la personne (assurée ou pas).

### Le CPAS notifie sa décision au patient

La décision prise par le CPAS est notifié à l’intéressé dans les 8 jours qui suivent la décision :

* Soit par **lettre recommandée**
* Soit par remise d’un courrier en mains propres contre **Accusé de réception.**

La décision fixe la durée et les modalités exécutoires de l’aide médicale (par exemple le type de soins).

### Le CPAS introduit sa décision dans MediPrima

Pour assurer une prise en charge des frais prévus par l’Etat (représenté par le SPP IS), le CPAS doit communiquer sa décision finale d’intervention. Pour ce faire, il doit introduire sa décision dans le système centralisé via son logiciel social au plus tard au moment de la communication de la décision à l’intéressé (maximum 8 jours).[[11]](#footnote-11)

Le délai de 8 jours commence à partir de la date à laquelle le CPAS a pris la décision.

Si le délai de 8 jours est dépassé, les frais de la partie entre le 9ème jour et la date de la communication sont à charge du CPAS. Remarque importante : MediPrima ne prévoit pas de contrôle et de blocage automatique pour cela. C'est le service d'inspection qui effectuera le contrôle.

***Introduction rapide des décisions électroniques***

*Les hôpitaux constatent que certains CPAS attendent parfois (trop) longtemps avant d’introduire leur décision.*

*Cela les oblige à consulter plusieurs fois le système MediPrima avant de pouvoir obtenir un numéro d’engagement de paiement. Il est impératif que les CPAS introduisent leurs décisions électroniques le plus rapidement possible dans la banque de données MediPrima.*

*Dans certains cas d’urgence, le CPAS peut effectuer cette opération avant la décision lors de l’introduction du dossier dans son logiciel social (cf. « 1.4. Le dossier d’aide sociale ») et la faire ratifier ultérieurement.*

La décision comprend obligatoirement les éléments suivants :

* Le **numéro NISS** du bénéficiaire ;
* La **date de décision**

C’est la date à laquelle le Conseil de l’Action Sociale ou son organe représentatif a pris la décision d’octroi de l’aide.

Pour l’application du délai de 45 jours dans MediPrima, c’est la date de la décision qui compte et non la date de l’envoi.

Si l’intervention du SPP IS ou du CPAS du domicile de secours est sollicitée, il ne peut donc s’écouler que 45 jours entre le début des soins et la date de la décision.

*Le CPAS peut déléguer la prise de décision en interne. La décision prise devra ensuite être ratifiée. 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’Action Sociale, il faut toujours utiliser comme date de décision la date à laquelle la décision a été prise : en principe, il s’agit ici d’une décision prise par délégation et non de la date à laquelle le Conseil ratifie cette décision.*

* La **date de début** de validité de la décision d’aide ;

Elle peut être antérieure à la date d’introduction (date du jour). Il est, en effet, possible de donner un effet rétroactif à la décision pour couvrir par exemple des frais médicaux décidés dans les cas d’urgence médicale.

* Cette rétroactivité est, en ce qui concerne l’Etat, toutefois limitée dans le temps. La date de début (= début de l’aide) peut se situer au maximum **45 jours calendrier** avant la date de la décision.
* Néanmoins, dans le cas d’une **décision judiciaire**, il n’y a pas de limite à la rétroactivité. En effet, un jugement du tribunal peut être pris plusieurs années après les soins et contraindre le CPAS à payer les frais médicaux rétroactivement. Le CPAS doit toujours indiquer cette situation dans sa demande.
* La **date de fin** de validité de la décision d’aide :

La durée de validité de la décision du CPAS est de maximum 12 mois (un an), ce qui correspond à la durée de validité de l’enquête sociale.

**A la fin des 12 mois, l’enquête sociale doit être renouvelée.**

* Le flag « **Revenus supérieurs ou équivalents au RIS** »

Cette indication a une influence déterminante sur le remboursement du SPP IS. Si le CPAS active ce flag, la prise en charge de l’Etat sera limitée à la part AMI de la facture, dans le cadre exclusif des soins ambulatoires.

* Le flag **« Décision judiciaire** »

Cette indication signale que la décision de prise en charge des soins a été créée suite à une décision judiciaire, ce qui permet d’introduire une date de début de validité rétroactive supérieure au délai de 45 jours calendrier.

### Prise en charge du CPAS :

Dans le cas où l’aide octroyée débute au-delà du délai de 45ième jour précédant la date, le CPAS peut décider de prendre sur fonds propres les coûts des soins qui ont eu lieu il y a plus de 45 jours.

Dans ce cas, le CPAS devra communiquer deux décisions électroniques :

* Une décision avec le flag **« hors remboursement par l’Etat »**, dont la période de validité court du 1er jour de l’aide jusqu’au 46ième jour précédant la date de décision :
	+ Les frais pour les prestations reprises dans la couverture seront uniquement à charge du CPAS.
* Une décision dont la période de validité débute au 45ième jour précédant la date de décision :
	+ Les frais pour les prestations reprises dans la couverture et admises par l’Etat seront à charge de l’Etat dans les limites prévues légalement.

###  Problèmes techniques

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 : comment le CPAS peut se couvrir par rapport aux inspections ? Il doit garder les échanges de mails avec le Front Office du SPP IS ou le HelpDesk CPAS.

### Retard de l’enquête sociale :

Le CPAS doit légalement prendre une décision dans les 30 jours suivant la demande d’aide.

Si un CPAS ne peut collecter tous les éléments de l’enquête sociale à temps, il peut prendre une décision de principe.

Par ailleurs, si le CPAS n’a pas obtenu les informations recherchées concernant l’assurabilité (en Belgique et/ou à l’étranger) ou l’existence du garant suite à ses démarches et si le CPAS décide de la prise en charge des frais, le SPP IS en assurera le remboursement (pour autant que les autres conditions soient remplies).[[12]](#footnote-12)

Par la suite, dès que le CPAS aura obtenu l’information concernant cette assurabilité ou l’existence de ce garant, il révisera sa décision sans délai et, s’il y a lieu, prendra une décision de retrait d’aide sans effet rétroactif.

Le CPAS effectuera cependant les démarches pour essayer de récupérer l’aide auprès de l’organisme assureur ou du garant, s’il y a lieu, et remboursera le subside à l’Etat si la démarche aboutit.

A ce stade, le CPAS peut créer une « **décision de principe » [[13]](#footnote-13)** ou une **« garantie de prise en charge ».[[14]](#footnote-14)**

### La décision de principe

On parle de décision de principe lorsque le CPAS crée une décision sans couverture effective. Cette décision n’indique pas quelles sont les catégories de soins que le CPAS prendra en charge et ne crée pour le demandeur d’aide aucun droit à une intervention financière pour des soins médicaux, ni par le CPAS, ni par le SPP IS.

La création d’une décision de principe peut se justifier par :

* La nécessité pour le CPAS de respecter le délai de 45 jours

Une décision « de principe », même si elle n’est assortie d’aucune couverture effective, suffit pour respecter ce délai.

* L’identification du CPAS compétent qui a pris la décision.

Cette information peut être utile pour les autres CPAS mais aussi pour les dispensateurs de soins.

* La nécessité d’éviter que plusieurs CPAS ne prennent une même décision pour une même personne

La décision de principe « bloque » toute autre décision.

### La couverture (garantie de prise en charge)

Une garantie de prise en charge est une décision pour laquelle le CPAS a introduit au moins une couverture de soins pour une période donnée.

La garantie de prise en charge ouvre le droit pour le dispensateur de soins concerné d’introduire ses créances auprès de la CAAMI ou du CPAS. Ainsi, il pourra bénéficier du remboursement du pourcentage de prise en charge de l’Etat (= le SPP IS) et éventuellement de la partie que le CPAS prend en charge. Ceci selon les modalités reprises dans la décision électronique que le dispensateur peut consulter à tout moment dans le système.

Les couvertures de soins sont les grandes catégories de frais médicaux susceptibles d’être pris en charge par le CPAS ou l’Etat. Dans la phase actuelle nous en distinguons huit :

* **Hospitalisation :**

Les frais de séjour dans un établissement de soins, lorsqu’il y a au moins une nuitée

Les établissements visés [[15]](#footnote-15) sont les hôpitaux et autres établissements où un diagnostic peut-être fait ou une maladie peut être traitée.

* **Soins ambulatoires :**

Les frais de prestations médicales en milieu hospitalier ou plus largement en établissement de soins sans nuitée.

* **Médecin généraliste :**

Les consultations chez des médecins généralistes.

* **Paramédical :**

Les soins infirmiers, les séances de kinésithérapie, etc.

* **Frais pharmaceutiques :**

Les médicaments payés en dehors d’un établissement de soins.

* **Prothèses :**

Les frais de prothèse : ex. prothèse dentaire ou lunettes.

* **Transport médical :**

Il s’agit du transport en ambulance ou dans un véhicule de soins du patient dont l’état de santé l’exige entre l’hôpital et son domicile ou entre 2 ou plusieurs hôpitaux.

* **Divers :**

Les frais médicaux non repris dans les rubriques précédentes.

Le CPAS peut « activer » ces couvertures indépendamment les unes des autres.

*Si le CPAS, par exemple, décide de ne pas activer la couverture hospitalisation, les factures d’hospitalisation ne seront pas remboursées.*

### Rendre une couverture effective

S’il veut rendre effective une couverture, le CPAS doit « sélectionner » au moins une catégorie de soins. Pour sélectionner une catégorie de soins, le CPAS doit remplir les critères suivants par catégorie de soins choisie :

* La durée de validité :

Chaque couverture a sa propre durée de validité, qui doit néanmoins être comprise dans la période de validité de la décision de prise en charge.

La **date de début** de couverture peut être rétroactive : elle permet ainsi de couvrir des prestations réalisées en urgence médicale. Mais cette rétroactivité doit tenir compte des limites de validité de la décision générale.

Les droits de la décision peuvent être étendus même si celle-ci n’est plus active.

La **date de fin** de couverture doit se situer dans la période de validité de la décision. Pour les personnes en séjour illégal, **elle ne peut dépasser 92 jours** à compter de la date de début de couverture. La couverture peut être prolongée par périodes de maximum 92 jours jusqu’à la durée maximum de 1 an.

Si une facture de frais médicaux est introduite pour une prestation réalisée hors de cette période de validité[[16]](#footnote-16), elle sera rejetée par l’Etat.

* La prise en charge du CPAS

**La prise en charge du CPAS est toujours résiduaire par rapport à l’intervention du SPP IS.**

Le CPAS peut préciser les conditions et modalités de son intervention dans des champs commentaires. Le CPAS peut introduire sa prise en charge pour chaque couverture sélectionnée et peut couvrir les volets suivants :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature des frais couverts** | Prise en charge CPAS |
| **Part AMI** | Tout – Partiel – Rien |
| **Part patient** | Tout – Partiel – Rien |
| **Suppléments** | Tout – Partiel – Rien |

* La part AMI :

C’est la partie de la facture des frais de santé qui est normalement prise en charge par l’organisme assureur (la mutuelle). Lorsque le bénéficiaire n’est pas assuré et que l’Etat (le SPP IS) ne prend pas en charge cette partie de la facture, le CPAS peut accepter de couvrir la part AMI.

* La part patient :

Aussi appelé le ticket modérateur. C’est la partie de la facture qui reste à charge du pat. Le CPAS peut la prendre en charge si l’Etat (le SPP IS) ne le fait pas.

* Les suppléments

Les suppléments ne sont jamais pris en charge par l’Etat ; le CPAS peut décider d’une intervention selon les modalités décrites ci-dessous.

Pour chaque catégorie de frais, le CPAS doit indiquer quelle partie il prendra en charge :

* **Tout :**

Le CPAS prend en charge la totalité des frais de cette catégorie lorsque l’Etat n’intervient pas.

* **Partiel :**

Le CPAS prend de manière partielle les frais de cette catégorie à sa charge. Les conditions de prise en charge doivent être décrites dans une des zones commentaires.

* **Rien :**

Le CPAS n’intervient pas dans cette catégorie de soins.

Le CPAS ne peut bien sûr pas prendre en charge ce qui est déjà couvert par l’Etat (le SPP IS).

Ainsi, si le SPP IS couvre la part AMI et la part patient à 100 %, le CPAS ne pourra appliquer le code remboursement « tout » pour ces deux catégories. L’intervention du CPAS sera résiduaire par rapport à l’AMI et à l’Etat.

Dans le cas où le CPAS introduit une prise en charge de type « partiel », il doit compléter un des champs de texte décrits ci-dessous.

* **Les conditions particulières** de l’intervention du CPAS :

Chaque couverture peut être limitée par des conditions particulières de prise en charge, qui sont enregistrées sous forme de c**ommentaires**: voir le chapitre suivant 3.4.9.

* **Le(s) dispensateur(s) désigné(s)** :

Tout en veillant à garantir la liberté de choix du prestataire de soins par le patient, le CPAS reste libre de déterminer avec quel(s) dispensateur(s) – médecins ou hôpitaux conventionnés avec le CPAS, sociétés de transport médical, prothésistes – il veut travailler.

*Ainsi, pour certaines couvertures, le CPAS peut établir une liste limitative de prestataires auprès desquels le bénéficiaire peut se rendre pour bénéficier de l’aide médicale. A l’intérieur d’une couverture, le CPAS peut donc introduire la liste des numéros INAMI (pour les dispensateurs de soins) ou BCE (pour les autres prestataires). Ces numéros d’identification seront contrôlés automatiquement et seules les factures émises par ces numéros d’identification seront remboursées.*

#### Les commentaires :

Les commentaires sont des champs à destination des prestataires de soins complétés **par le CPAS** dans la décision de prise en charge de certains frais médicaux, qui précisent les limites de son intervention.

Il existe actuellement deux versions des commentaires selon l’état du développement applicatif du CPAS et/ou du prestataire de soins :

1. L’ancienne version dans laquelle les commentaires sont de simples champs textuels dans lesquels le CPAS peut introduire des informations sous forme de texte libre ; ces informations ne peuvent pas être traitées automatiquement par le prestataire de soins.
2. la nouvelle version dans laquelle les commentaires sont des champs structurés dont l’objectif est de simplifier l’encodage et de donner une forme structurée qui les rend plus explicites et exploitables automatiquement par les logiciels des prestataires de soins.

***Remarque importante :***

*Tous les volets de la décision de prise en charge ne comportent pas nécessairement de champs commentaire.*

#### L’ancienne version des commentaires :

Dans la décision de prise en charge MediPrima, on retrouvait les champs commentaires 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 suppléments que le CPAS prend en charge/refuse de prendre en charge peuvent être décrits ici.
3. Pour les volets « hospitalisation » et « soins ambulatoires » : on trouve les champs suivants :
	1. **Médicaments** : la description des médicaments que le CPAS prend/ne prend pas en charge en outre des médicaments remboursables par l’INAMI
	2. **Service** : le descriptif du service autorisé à prendre le patient en charge.

***Quelles informations le CPAS peut renseigner dans un champ commentaire****?*

*Le CPAS peut préciser des conditions particulières de remboursement. Les prestataires de soins doivent toutefois pouvoir interpréter clairement les informations qui y sont fournies. En effet, ces informations conditionnent leur remboursement par le CPAS.*

*Ainsi, le prestataire de soins doit être immédiatement informé des éléments qu’il peut facturer (par exemple, un montant maximal de la partie à la charge du patient, un pourcentage des médicaments de catégorie D, … pouvant être facturé au CPAS). En d’autres termes, il s’agit de plusieurs plafonds globaux de remboursement se basant sur des montants, des pourcentages ou des forfaits maximum.*

*Toutefois le CPAS ne peut jamais y fournir des descriptions de la pathologie. En effet, le secret médical doit toujours être respecté. Les restrictions ne peuvent concerner que les médecins/services et médicaments.*

*Ces conditions particulières seront consultables par le dispensateur de soins.*

*Dans le cas où la facture transmise au CPAS n’est pas conforme aux conditions explicitées, le CPAS pourra refuser sa prise en charge.*

#### Les nouvelles zones de commentaires structurés :

Comme les commentaires sous leur forme textuelle ne sont pas exploitables par les logiciels des prestataires de soins, ils ont été désormais remplacés par de nouvelles zones de commentaires structurées.

Les nouveaux commentaires n’autorisent plus de texte mais des valeurs (oui/non), des montants financiers ou le choix d’une valeur dans une liste de paramètres.

Les champs commentaires sont à présent les suivants :

|  |  |
| --- | --- |
| **Champs commentaires « structurés »** | **Usage** |
| **Convention** | Existence (oui/non) d’une convention conclue entre le prestataire de soins et le CPAS. Les conditions de la convention s’appliquent à la prise en charge du CPAS.  |
| **Prescription**  | Obligation d’une prescription (oui/non) : le CPAS conditionne son remboursement à l’existence d’une prescription médicale. |
| **Prise en charge AMI (existe déjà)** | Le CPAS prend en charge la part AMI : rien, tout |
| **Prise en charge Ticket Modérateur (existe déjà)** | Le CPAS prend en charge le ticket modérateur : rien, partiel, tout |
| **Montant maximum ticket Modérateur**  | Le CPAS limite sa prise en charge du ticket modérateur à un montant maximum. |
| **Prise en charges Suppléments (existe déjà)** | Le CPAS prend en charge les suppléments (prestation non reconnues par l’INAMI et suppléments à des prestations reconnues par l’INAMI) : rien, partiel, tout |
| **Montant maximum Suppléments**  | Le CPAS limite sa prise en charge des suppléments à un montant maximum. |
| **Suppléments**  | Description des types de suppléments que le CPAS prend en charge parmi les prestations ou qui ne sont pas reconnues par l’INAMI ou les montants non remboursés (voir plus loin) : liste de médicaments, listes d’autres suppléments |

***Les champs commentaires ne peuvent être utilisés que lorsque le CPAS a choisi une prise en charge partielle.***

***Ils peuvent être définis pour chaque volet de soins indépendamment les uns des autres.***

##### Convention

Le CPAS indique s’il a conclu une convention particulière avec le prestataire de soins ou non.

Les autres conditions mises par le CPAS à sa prise en charge s’appliquent aux hôpitaux n’ayant pas signé la convention.

Option : uniquement possible pour la couverture hospitalisation et soins ambulatoires.

Cette restriction peut s’appliquer à la prise en charge ticket modérateur et/ou suppléments.

##### Prescription médicale

Le CPAS impose la production d’une prescription médicale comme condition au remboursement des prestations médicales.

Option : uniquement possible pour la couverture hospitalisation et soins ambulatoires.

Cette restriction peut s’appliquer à la prise en charge du ticket modérateur et/ou des suppléments.

##### Prise en charge part AMI

Le CPAS prend en charge la part AMI lorsqu’elle n’est pas couverte par un autre intervenant.

##### Ticket modérateur

Prise en charge  ***du t***icket modérateur

Le CPAS prend en charge le ticket modérateur du patient lorsqu’il n’est pas couvert par les autres intervenants (SPP IS, AMI). S’il indique une prise en charge partiel, le CPAS doit indiquer quelles sont les restrictions qu’il applique (montant maximum, existence d’une convention ou nécessité d’une prescription).

**Montant maximum du ticket modérateur**

Le CPAS peut aussi plafonner son intervention à un montant maximum.

Ce montant doit être compris :

* Pour les volets hospitalisation et soins ambulatoire : comme un montant maximum par hospitalisation et par mois.

##### Suppléments

Par suppléments, on entend aussi bien des suppléments pour des prestations qui sont prises partiellement en charge par l’INAMI (ex. des suppléments de consultation) que des suppléments pour des prestations qui ne sont jamais prises en charge par l’INAMI (ex. : des frais de confort).

Les suppléments peuvent concerner aussi bien des médicaments que des prestations médicales.

Les suppléments ne sont jamais pris en charge par le SPP, mais peuvent l’être par le CPAS. Si le CPAS indique une prise en charge partielle des suppléments, il doit indiquer quelles sont les restrictions qu’il applique (montant maximum, types de supplément, existence d’une convention ou nécessité d’une prescription).

**Montant maximum supplément**

On peut plafonner le remboursement des suppléments à un montant maximum.

C’est une information qui est liée potentiellement à chaque supplément introduit.

***Remarque:***

Ce montant doit être compris :

* Pour les volets hospitalisation et soins ambulatoire : comme un montant maximum par hospitalisation et par mois.

**Liste des suppléments (catégories) :**

#### Liste des suppléments (catégories) :

La liste des suppléments autorisés peut être trouvée dans le document « PSEUDOCODES ».

**Attention, il existe une liste différente par type de couverture (Hospitalisation/soins ambulatoires).**

### La décision de prise en charge est enregistrée

Après avoir pris une décision de prise en charge, le CPAS introduit et enregistre celle-ci dans le système central de décisions MediPrima.

* Création de la décision électronique

Le système sauvegarde la décision électronique avec les pourcentages de prise en charge du SPP IS en lui attribuant :

* **Un numéro de décision** et de version ;

Le numéro de décision est un numéro **unique** attribué automatiquement lors de la création d’une décision électronique. Ce numéro ne changera plus, peu importe les mises à jour que vous effectuerez dans cette décision.

A chaque décision électronique est également attribué un numéro unique de version. Lors de la création d’une décision, celui-ci est égal à 1. A chaque modification de la décision, le numéro de version augmente. Ainsi les différentes versions d’une décision électronique peuvent être identifiées plus aisément.

* **Une date de création** de la décision de prise en charge des soins par le CPAS (ces données sont attribuées automatiquement par le système) ;
* **L’auteur de la création** ou la modification.
* **Un flag AMU** oui/non

***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.*

* **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 dosser 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 (**ocmw.cpas@smals.be* *tél. : 02/787.58.28).*

* Enfin, la BCSS intègre le bénéficiaire dans le secteur de l’aide sociale.

## Difficultés souvent rencontrées par les CPAS

**Changement de statut du bénéficiaire pendant la période de validité de la décision :**

Lorsqu’il crée une 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, le bénéficiaire passe d’illégal à légal.*Le CPAS reçoit alors un message d’erreur qui est complété par une information importante pour lui : la date de changement de situation de la personne.

Ainsi, le CPAS peut créer une décision jusqu’à cette date.

**Le CPAS crée une nouvelle décision pour la période du 01/02/2014 au 30/04/2014 mais obtient 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.

**Le CPAS souhaite ajouter une couverture à la décision 00000XXXXXXX mais obtient 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 personne a droit à une couverture dans MediPrima mais le CPAS ne peut pas l’introduire**

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.*

## Impression du « formulaire d’information concernant l’aide médicale »

Pour avoir accès aux données de la décision MediPrima, le CPAS et le prestataire de soins doivent utiliser et donc connaitre le numéro NISS du bénéficiaire (voir « Le CPAS consulte les décisions de prise en charge »).

Certains bénéficiaires ne disposent pas de document d’identité (et le NISS correspondant). Il s’agit d’une population composée en grande partie de personnes en statut de séjour « illégal ». Le CPAS doit leur délivrer un document, le formulaire d’information concernant l’aide médicale (voir annexes).

**Ce formulaire ne donne aucun droit au titulaire et ne représente en aucun cas une attestation de prise en charge par le CPAS.** Il permet au bénéficiaire de transmettre au dispensateur de soins les informations correctes- entre autres le numéro NISS du bénéficiaire - qui permettent à celui-ci d’accéder à la décision dans le système centralisé MediPrima.

Le CPAS doit au minimum fournir un formulaire par adulte (personne majeure ou mineure émancipée) avec mention éventuelle d’autres bénéficiaires secondaires, c’est-à-dire les mineurs non émancipés (mais attention : il y a toujours une décision de prise en charge « électronique » par personne). Le CPAS peut également délivrer un formulaire d'information relatif à l'aide médicale distinct pour un enfant mineur, mais dans ce cas il faudra y apposer la photo de l’enfant.

Lorsqu'une personne change de NISS, le CPAS doit délivrer un nouveau formulaire d'information relatif à l'aide médicale, sauf bien sûr si la personne dispose déjà d'autres documents officiels sur lesquels figure son nouveau NISS.

Un template officiel du formulaire est fourni [sur le site du SPP IS](https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/formulaire_dinformation_concernant_laide_medicale.xlsx). Ce template comprend les informations suivantes :

* Pour le bénéficiaire :
* La photo ;
* Le NISS (ou BIS) ;
* Les nom et prénom(s)
* Le sexe et date de naissance.

Ces informations permettent l’identification de la personne.

* Pour chaque personne à charge :
* Le NISS (ou BIS) :
* Les nom et prénom(s) ;
* Le sexe et la date de naissance.

## Le CPAS notifie sa décision à l’administration (le SPP IS)

La réforme des remboursements des frais médicaux se déroule en phases. Le CPAS devra, dans un certain nombre de cas, introduire auprès du SPP IS ses décisions de prises en charge sous forme de formulaires A et B1/2 de la loi du 02.04.1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS.

* Formulaire A (voir annexe) :

Ce formulaire comprend l’identification de la personne et sa famille.

* Formulaire B1/2 (voir annexe) :

Ce formulaire comprend les décisions sur les aides accordées.

Seuls les prestataires de soins dont le numéro INAMI commence par 710 et 720 font partie de la première phase  MediPrima : les autres prestataires doivent suivre la procédure classique pour introduire leurs factures.

La première phase ne concerne que les personnes « non assurées » **et** « non assurables ». Pour les soins prestés dans un hôpital, dans cette phase, le CPAS doit fournir au SPP IS les formulaires et informations nécessaires :

* Pour les personnes « non assurées » et « non assurables » :

Les formulaires A et les informations relatives à la prise en charge de l’aide médicale hors hôpital (formulaires B1).

Par contre, le CPAS ne complète plus les formulaires B2 qui concernent les frais de soins en milieu hospitalier, désormais repris dans MediPrima.

* Pour les autres personnes :

Tous les formulaires (A, B1 et B2).

Pour obtenir le remboursement de la partie des prestations prise en charge par le Fédéral (représenté par le SPP IS) qui ne font pas partie de celles reprises dans le cadre de MediPrima, le CPAS doit communiquer sa décision d’intervention au SPP IS dans le respect des délais fixés par la loi du 02/04/65 (art. 9 et 12).

## Le CPAS prend une nouvelle décision de prise en charge

Le CPAS peut à tout moment prendre une nouvelle décision de prise en charge pour un bénéficiaire. Le CPAS doit réaliser cette adaptation suite à la modification de sa situation (changement de statut, d’assurabilité …) ou pour prendre en compte de nouveaux besoins médicaux.

En effet, le CPAS peut réviser sa décision et accorder d’autres droits au bénéficiaire par des mises à jour successives. Cette possibilité permet de préserver la pratique locale des réquisitoires successifs, qui sont délivrés, intervention par intervention pour éviter la surconsommation médicale.

Ces modifications peuvent faire l’objet d’une nouvelle décision ou d’une modification de la décision existante.

Le CPAS peut aussi arrêter complètement le bénéfice de l’aide médicale – par exemple lorsqu’il cesse d’être territorialement compétent – en mettant un terme à sa décision de prise en charge.

Lorsque la situation (de séjour) d’une personne est modifiée et que cette personne devient 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’Etat aurait déjà assumé au cours de la période concernée. Le SPP IS et l’INAMI ont élaboré une procédure spécifique forfaitaire à cette fin.

## Le CPAS modifie la décision électronique existante

Effectuer des modifications dans une décision électronique, ou arrêter une décision, est uniquement possible pour le CPAS gestionnaire, qui a créé la prise en charge médicale électronique dans le système MediPrima.

La principale condition à toute modification d’une prise en charge dans le système MediPrima est que celle-ci ne diminue pas les droits du bénéficiaire dans le passé et le jour présent.

L’adaptation d’une décision signifie-t-elle une nouvelle décision à laquelle un nouveau contrôle du délai de 45 jours d’appliquera ou bien simplement l’exécution d’une décision initiale ?

Lorsqu’une décision est adaptée (activer certains volets, prolonger des périodes, …), il n’y a normalement pas de nouveau contrôle du délai de 45 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 45 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.

Le système MediPrima a été conçu pour offrir une garantie de remboursement aux dispensateurs de soins. Une décision ne pourra donc pas être modifiée rétroactivement en diminuant les droits de remboursement. Cela créerait une insécurité pour le dispensateur qui aurait déjà consulté la décision et obtenu un engagement de prise en charge.

Une notification rétroactive résultant d’une augmentation d’une couverture peut être réalisée sur toute la période de validité de la décision.

Le CPAS peut accorder de nouveaux droits avec effet rétroactif.

Il est possible qu’un dispensateur consulte la décision de prise en charge des soins entre la création/modification de celle-ci et l’introduction des droits modifiés.

Si ce dispensateur de soins a obtenu un numéro d’engagement, ce numéro est donc valable pendant une période de validité de 1 mois. La facture du dispensateur de soins devra donc être payée par la CAAMI et éventuellement par le CPAS.

Lors de la modification, le pourcentage d’intervention du SPP IS sera recalculé avec les données mises à jour des registres et de l’assurabilité, comme lors de la création d’une nouvelle décision.

Toute modification est archivée dans le système MediPrima : l’ancienne situation est conservée et accessible en consultation avec une date de début, date de création, date de fin et date de modification. Ainsi, on peut toujours retrouver l’état d’une décision dans le passé.

***Quand les droits octroyés par une décision électronique sont étendus,*** *ceux-ci sont directement consultables par toutes les parties concernées.*

***Quand les droits octroyés par une décision électronique sont limités ou supprimés,*** *seul le CPAS qui prend la décision peut directement voir la restriction. Toutes les autres parties concernées ne la verront que le lendemain.*

### Dans quels cas le CPAS peut-il mettre à jour une décision ?

Le CPAS ne peut mettre le contenu de la décision de prise en charge des soins à jour, que lorsque la modification concerne les conditions de cette décision (catégorie des soins, période de couverture, les pourcentages …).

Concrètement, les modifications suivantes sont permises :

* Modification concernant la prise en charge
* Prolonger la période de validité de la prise en charge : date de début plus récente, date de fin plus ancienne.
* Diminuer la période de validité de la décision pour autant que la période soit dans le futur : date de début plus tard, date de fin plus proche.
* Modifier la date de décision du CPAS.
* Modifier l’indicateur « décision judiciaire ».
* Modifier la prise en charge par le CPAS.
* Modification concernant la couverture
* Ajouter une ou plusieurs couvertures.
* Augmenter la période de validité d’une couverture : date de début plus ancienne, date de fin plus tard.
* Diminuer la période de validité d’une couverture pour autant que cette période soit dans le futur : date de début plus tard, date de fin plus proche.
* Arrêter une couverture (voir ci-dessous).
* Modifier les limites.
* Modification concernant les prestataires
* Supprimer la liste des dispensateurs autorisés : autoriser tous les dispensateurs 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, s’il n’y en avait pas. Ceci n’est possible que dans le futur.
* Supprimer un dispensateur dans une liste de prestataires autorisés. Cela ne peut avoir lieu que si la décision d’aide débute à partir du lendemain.
* Modifications générales
* Modification de l’élément indiquant le fait que le bénéficiaire dispose d’un revenu supérieur ou égal au Revenu d’Intégration Sociale (RIS). La modification de cet élément aura un impact sur le pourcentage d’intervention du SPP IS et éventuellement la prise en charge par le CPAS.
* Modifier des champs textuels.
* Modifier des dates de décision.

***Remarque :*** *Les droits octroyés par une décision électronique peuvent être étendus même si cette dernière n'est plus active. De fait, il est possible qu’une couverture soit demandée au CPAS compétent après la période de validité de la décision électronique.*

### Quand faut-il créer une nouvelle décision électronique de prise en charge ?

Le CPAS doit créer une nouvelle décision électronique de prise en charge des soins médicaux dans les cas suivants :

* Dans le cadre de l’aide médicale, chaque prise en charge doit être réexaminée par le CPAS après un an. Suite à cet examen et si les conditions sont réunies, une nouvelle prolongation peut être octroyée par le CPAS.
* Lorsqu’il s’agit d’étrangers en séjour illégal, soumis à l’AMU, chaque prise en charge doit être réexaminée tous les 3 mois (92 jours). Suite à cet examen et si les conditions sont réunies, une prolongation de la couverture peut être octroyée par le CPAS.
* Si le CPAS désire prendre une décision qui conduit à réduire les droits du bénéficiaire, il doit arrêter la décision de prise en charge en cours. Ensuite, il doit créer une nouvelle décision, avec les restrictions qu’il souhaite introduire.

## Le CPAS arrête ou annule la décision

L’arrêt d’une décision de prise en charge – pour quelle que raison que ce soit – fait intégralement partie du processus de modification de la décision.

Les décisions ne peuvent être supprimées ni arrêtées de manière rétroactives dont donc les mêmes :

* Seul le CPAS qui a créé la décision de prise en charge des soins médicaux est autorisé à l’arrêter.
* Dans le cas d’un arrêt complet d’une **décision**, la date effective de fin correspond à la **date de l’arrêt.**
* Dans le cas d’un arrêt d’une **couverture d’une catégorie de soins,** la date effective de fin correspond à la **date de l’arrêt.**
* Il n’est pas possible de supprimer une couverture qui a déjà été octroyée (dans le passé et le présent), mais il est bien sûr possible d’arrêter une décision de prise en charge dans le futur (voir 4.5.).
* Il n'est pas possible de supprimer ni de mettre fin à une décision électronique (même de principe) de manière rétroactive. Ce n’est que dans le cas d’une mutation qu’il est possible d’arrêter une décision de manière rétroactive.
* Toute décision de prise en charge arrêtée et toute version de cette décision sont conservées dans la base de données MediPrima, comme toute modification.

### Arrêter une décision

Une décision de prise en charge des soins arrêtée[[17]](#footnote-17), ou arrivée à échéance, ne peut plus être remise en vigueur : cela créerait une insécurité quant à son statut pour les autres participants, prestataires ou patients.

### Annuler une décision ou une couverture

Les décisions qui se situent entièrement dans le futur peuvent être annulées par le CPAS gestionnaire.

Si la décision a déjà pris effet mais que les couvertures se situent dans le futur, la décision ne pourra pas être annulée mais les couvertures pourront l’être.

### Un cas particulier : la suspension de la décision par le SPP IS

Dans certains cas, le SPP IS peut intervenir directement sur la décision électronique pour la « suspendre », c’est-à-dire arrêter temporairement la garantie d’une prise en charge, tant que le CPAS n’aura pas pris de nouvelle décision.

Cette action intervient dans les traitements automatiques liés aux mutations que reçoit le SPP IS de ses fournisseurs de données (Banque Carrefour de la Sécurité Sociale, Registre National, Office des Etrangers – plus tard, Mutuelles (via le CIN)).

## Les mutations gérées par MediPrima

Lorsqu’une mutation modifie le statut de la personne et influence le taux de remboursement (par exemple, quand un illégal devient légal, il devient de ce fait assurable en AMI), le SPP IS suspend la garantie de la prise en charge des soins.

Les évènements qui sont traités dans le cadre de MediPrima sont :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Evènement** | **Source de données** | **Impact sur MediPrima** |
| Nom/prénom | Registre National –TI010 | Adaptation des données |
| Date de naissance | Registre National – TI000 et TI100 | Adaptation des données |
| Sexe | Registre National – TI000 | Adaptation des données |
| NISS | Registre National – TI000 | Adaptation des données ; si suite au changement de NISS deux ou plusieurs décisions se chevauchent, celles-ci sont suspendues |
| Registre d’inscription/radiation | Registre National – TI001 et TI210 | Si changement du refundcode[[18]](#footnote-18), suspension de(s) la décision(s) |
| Adresse | Registre National – TI020 | Les changements d’adresse ne sont pas traités par MediPrima |
| Décès de la personne | Registre National – TI150 | Les décisions dont la fin de validité se situe après la date du décès sont suspendues |
| Assurabilité[[19]](#footnote-19) | CIN | Si changement du refundcode, suspension de(s) la décision(s) |
| Demande d’asile | Registre National –TI206 | Si changement du refundcode, suspension de(s) la décision(s) |
| Titre et qualité de séjour | Registre National – TI195 et TI202 | Si changement du refundcode, suspension de(s) la décision(s) |
| Nationalité | Registre National – TI031 | Si changement du refundcode, suspension de(s) la décision(s) |
| Centre d’accueil | Registre National – TI207 | Si changement du refundcode, suspension de(s) la décision(s) |

Lorsqu’une décision est suspendue, les prestataires de soins ne peuvent plus consulter le contenu de celle-ci. Ils ne peuvent que consulter les coordonnées du CPAS compétent.

MediPrima notifie au CPAS la suspension de la décision électronique par l’envoi d’une mutation.

Ceci permet au CPAS de réexaminer le dossier et de prendre une nouvelle décision. Soit la prise en charge est arrêtée, soit elle continue, avec une couverture adaptée à la nouvelle situation du bénéficiaire.

### Types de mutations

Dans les mutations que MediPrima génère, nous pouvons distinguer cinq types de mutations différents :

* Les mutations suite à un changement mineur dans la signalétique de la personne (nom, prénom)
* Les mutations suite à un changement majeur dans la signalétique de la personne (sexe, date de naissance)
* Les mutations suite à un changement de NISS[[20]](#footnote-20)
* Les mutations suite à un changement de refundcode
* Les mutations suite au décès de la personne

**Attention :** les mutations relatives aux changements d’adresse ne sont pas traitées par MediPrima.

### Les conséquences d’une mutation

#### Les conséquences d’une mutation suite à un changement mineur dans la signalétique de la personne (nom, prénom)

Lorsque MediPrima reçoit une mutation relative à un changement mineur dans la signalétique de la personne (changement de nom/prénom), le système adapte les données de la personne et notifie ce changement au CPAS.

***Attention :*** *le système n’adapte que les données de la personne dans l’historique des versions pour les décisions en cours et futures (actives et suspendues). Une nouvelle version est donc ajoutée à l‘historique de ces décisions.*

Pour les décisions dans le passé (actives ou suspendues) MediPrima ne crée pas de nouvelle version dans l’historique. Pour que les données soient adaptées dans l’historique de versions de ces décisions, le CPAS devra procéder à la modification de ces décisions.

***Attention :*** *une notification n’est envoyée au CPAS que si une nouvelle version est créée par MediPrima. Pour les décisions dans le passé, MediPrima n’envoie donc pas de notification.*

#### Les conséquences d’une mutation suite à un changement dans la signalétique de la personne (changement majeur)

Lorsque MediPrima reçoit une mutation relative à un changement majeur dans la signalétique de la personne (changement de sexe, date de naissance), le système adapte les données de la personne et notifie ce changement au CPAS.

Dans ce cas, MediPrima ajoute à l’historique des versions une nouvelle version avec la nouvelle donnée à toutes les décisions concernées (actives et suspendues ; passées, en cours et futures).

#### Les conséquences d’une mutation suite à un changement de NISS

Lorsque MediPrima reçoit une mutation relative au changement de NISS (fusion de NISS, changement de Bis en numéro RN, etc.), le système remplace l’ancien numéro par le nouveau numéro dans toutes les décisions concernées (c’est-à-dire, les décisions actives en cours, dans le futur ou dans le passé et les décisions suspendues en cours, dans le futur ou dans le passé) et notifie ce changement au CPAS.

Si suite à ces changements des décisions se chevauchent, les décisions chevauchantes seront suspendues.

#### Les conséquences d’une mutation suite à un changement de refundcode

Lorsque MediPrima reçoit une mutation indiquant un changement de refundcode[[21]](#footnote-21), le système suspend les décisions concernées (c’est-à-dire, les décisions actives en cours ou dans le futur et les décisions suspendues en cours ou dans le futur) et en informe le CPAS.

#### Les conséquences d’une mutation suite au décès de la personne

Lorsque MediPrima reçoit une mutation informant du décès de la personne, le système suspend les décisions concernées (c’est-à-dire les décisions actives en cours ou dans le futur et les décisions suspendues en cours ou dans le futur), pour autant que la date de fon des décisions se situe après la date du décès, et en informe le CPAS.

### Les actions possibles suite à une suspension

En fonction de la cause de la suspension, le CPAS pourra soit réactiver la décision [modifyCarmed(Activate)], soit arrêter la décision avec effet rétroactif [stopCarmed].

Une décision suspendue peut également être annulée [closeCarmed] si elle se situe complètement dans le futur. In bepaalde gevallen kan een beslissing retroactief worden stopgezet tot op de dag van de mutatie.

***Attention****: une décision suspendue ne peut en aucun cas être modifiée [modifyCarmed].*

Une décision suspendue qui est repassée au statut « Actif » suite à une réactivation ou suite à un arrêt avec effet rétroactif peut quant à elle être modifiée.

#### Actions possibles suite à une suspension pour cause de chevauchement

Lorsque deux ou plusieurs décisions sont suspendues pour cause de chevauchement, le(s) CPAS concerné(s) a/ont la possibilité de réactiver les décisions suspendues.

Lors de la réactivation d’une décision, le CPAS fait passer une décision du statut « Suspendu » au statut « Actif ». La réactivation ne permet pas la modification du contenu d’une décision. Seules les périodes de validité peuvent, dans certains cas, être modifiées.

***Attention :*** *Pour la décision qui sera réactivée en premier lieu, le CPAS ne pourra pas diminuer la période de validité et devra par ailleurs satisfaire aux contrôles existants (pas de réduction des droits dans le passé). La prolongation de la période de validité est autorisée.*

Pour les décisions qui seront réactivées ensuite, le CPAS pourra raccourcir ou prolonger la période de validité, pour autant qu’il y ait une décision active qui couvre la période avant ou après la décision suspendue, et ce afin d’éliminer les chevauchements.

Si pour les décisions suspendues en cours ou dans le passé, il n’y avait pas de période non couverte dans les décisions chevauchantes, il ne pourra pas y avoir de période non couverte après la réactivation des décisions.

#### Actions possibles suite à une suspension pour cause de changement de refundcode

Lorsqu’une décision est suspendue suite à un changement de refundcode, le CPAS a la possibilité d’arrêter la décision suspendue avec effet rétroactif et de créer une nouvelle décision.

***Attention :*** *l’arrêt rétroactif n’est cependant possible qu’à la date de suspension -1. La date de suspension sera, bien évidemment, transmise dans la notification de suspension qui sera envoyée au CPAS. La création d’une nouvelle décision est possible dès le jour de suspension.*

La décision suspendue qui devra être arrêtée contiendra l’ancien refundcode. La nouvelle décision, qui aura été créée par le CPAS, renseignera le nouveau refund code

Notons que pour une décision arrêtée avec effet rétroactif, il n’est plus possible de prolonger la date de fin de validité.

Si la suspension a lieu avant le début de la décision, l’annulation est à privilégier. Si le CPAS souhaite néanmoins arrêter la décision, il devra indiquer comme date de fin, la date de début de validité de la décision (résultat : décision active d’un jour).

#### Actions possibles suite à une suspension pour cause de décès

Lorsqu’une décision est suspendue suite au décès de l’intéressé (si la date de décès se situe avant la date de fin de la décision), le CPAS a la possibilité d’arrêter la décision suspendue avec effet rétroactif.

***Attention :*** *l’arrêt rétroactif n’est cependant possible qu’à la date de suspension -1. Cette date de suspension sera, bien évidemment, transmise dans la notification de suspension qui sera envoyée au CPAS.*

Notons que pour une décision arrêtée avec effet rétroactif, il n’est plus possible de prolonger la date de fin de validité.

Si la suspension a lieu avant le début de la décision, l’annulation est à privilégier. Si le CPAS souhaite néanmoins arrêter la décision, il devra indiquer comme date fin, la date de début de validité de la décision (résultat : décision d’un jour).

### Actions possibles lors de multiples mutations

Il est évidemment possible que différentes mutations soient envoyées pour une même personne et une même décision.

Nous distinguons alors deux situations différentes :

1. Mutations du même type
2. Mutations de type différent

#### Multiples mutations du même type

##### Suspensions suite au changement de NISS provoquant un chevauchement :

En cas de multiples mutations suite à des changements de NISS consécutifs, les différentes mutations seront traitées en une fois suite à la réactivation de la décision suspendue. Le dernier NISS connu sera renseigné dans les décisions.

##### Suspensions suite au changement de refundcode :

En cas de multiples mutations suite à un changement au niveau du refundcode, il convient, lors de l’arrêt avec effet rétroactif de la décision suspendue, d’indiquer comme date de fin la date de la 1° suspension (-1).

#### Multiples mutations de types différents

Dans le cas de multiples mutations de types différents, il convient de traiter une à une les différentes mutations Il n’est pas possible de traiter les différentes mutations par le biais d’une seule action.

##### Changement de NISS provoquant un chevauchement et changement du refundcode

Dans le cas d’une mutation suite à un changement de NISS et d’une mutation suite au changement de refundcode, il convient de d’abord traiter la suspension liée au changement de refundcode (arrêt rétroactif) et de traiter par la suite la suspension liée au changement de NISS.

##### Changement de NISS provoquant un chevauchant et décès

Dans le cas d’une mutation suite à un changement de NISS et d’une mutation suite au décès de la personne, il convient de d’abord traiter la suspension liée au décès (arrêt rétroactif) et de traiter par la suite la suspension liée au changement de NISS.

##### Changement du refundcode et décès

Dans le cas d’une mutation suite au changement du refundcode et d’une mutation suite au décès de la personne, il convient de traiter les suspensions par ordre d’arrivée. Bien souvent le traitement de la 1ère suspension résoudra la 2ème suspension.

##### Changement de NISS provoquant un chevauchement, taux de remboursement et décès

Dans le cas d’une mutation suite à un changement de NISS, d’une mutation suite au changement de taux de remboursement et d’une mutation suite au décès de la personne, il convient de d’abord traiter les suspensions liées au changement du taux de remboursement et du décès (par ordre d’arrivée : arrêt rétroactif) et de traiter par la suite la suspension liée au changement de NISS.

**La notification de la suspension de la décision est transmise au CPAS gestionnaire par le canal des mutations.**

# MediPrima pour le prestataire de soins

Lorsqu’une personne a besoin de soins mais ne dispose pas des ressources suffisantes pour faire face à ses frais médicaux, elle doit demander une aide médicale à son CPAS. Ce CPAS décidera après enquête sociale s’il interviendra dans les dépenses de soins de santé.

Cette décision est la garantie pour les dispensateurs de soins que les soins qu’ils prodiguent seront pris en charge dans les limites fixées par le CPAS.

En principe, la décision de prise en charge doit toujours être prise avant une prestation de soins. C’est en effet la couverture qui constitue l’engagement et la certitude pour le prestataire des soins que ceux-ci seront effectivement couverts.

En tout état de cause, tant qu’il n’y a pas de garantie de prise en charge électronique du CPAS, les frais liés aux prestations de soins ne seront pas pris en charge.

*Dans la pratique, en cas d’urgence médicale et/ou en cas de méconnaissance des règles administratives, le patient pourrait, malgré tout, se rendre directement chez un dispensateur de soins, un médecin ou à la garde d’un hôpital par exemple, plutôt qu’au CPAS. Ce qu’il faut faire dans ce cas est expliqué eu chapitre 4.2.4.4*

*En fonction de la gravité de la situation, si les soins peuvent être postposés, le dispensateur renverra cette personne vers le CPAS compétent : il examinera au cas par cas la situation de la personne.*

## La consultation de l’assurabilité et des décisions électroniques de prise en charge du patient.

La couverture des soins de santé octroyée par les CPAS telle que décrite dans le système MediPrima n’est qu’un régime résiduaire.

Le prestataire de soins ou son service administratif (par ex. pour l’hôpital) vérifie donc au préalable si la personne bénéficie ou non du régime de l’Assurance Maladie invalidité, via son logiciel médical.

Ce n’est qu’après qu’il vérifie dans MediPrima, via le système MyCareNet ou l’application Web Consult du SPP IS, (voir partie 4.2.2. « Les outils de consultation ») si les soins sont couverts par une décision électronique d’un CPAS.

### Identification du patient

Pour connaitre la prise en charge d’un patient MediPrima, le prestataire de soins peut uniquement se baser sur les informations mentionnées dans les décisions électroniques qui ont été introduites par le CPAS dans la base de données MediPrima.

Pour accéder à ces informations, **il doit disposer du numéro NIS**S[[22]](#footnote-22)  **du patient**.

Ce numéro NISS est repris normalement sur un document d’identité. Mais les personnes en séjour illégal ne possèdent généralement pas de document officiel de ce type : elles doivent recevoir du CPAS un **formulaire d’identification** avec un numéro NISS (ou Bis[[23]](#footnote-23)).

C’est pourquoi le patient MediPrima qui a besoin d’aide médicale doit obligatoirement être enregistré au préalable auprès d’un CPAS avant toute prestation de soins.

### Le patient présente son formulaire d’information

Ce formulaire (voir annexes), que le CPAS a remis au bénéficiaire d’une aide médicale, contient impérativement le numéro NISS de la personne concernée ou de sa famille. Il doit permettre au dispensateur de soins de :

* s’assurer que la personne en face de lui est bien la personne qu’elle est censée être. Il dispose d’une photo du titulaire, le nom et le prénom, l’indication du sexe et la date de naissance de celui-ci et éventuellement des personnes mineures à sa charge.
* supposer que la personne soit connue et ses frais pourraient être bien couverts par un CPAS. Pour s’assurer de la prise en charge de soins médicaux, il doit consulter la décision électronique dans le système.
* disposer du numéro NISS ou Bis pour rechercher l’information dans MediPrima.

**Ce formulaire n’est en aucun cas une garantie de prise en charge par un CPAS. Il sert uniquement à fournir les informations correctes au prestataire de soins et ne confère aucun droit à son détenteur. Le formulaire d’information n’est donc qu’une aide et non pas une condition absolue pour pouvoir prétendre à un remboursement dans MediPrima.**

**Le CPAS ne délivre plus pour le prestataire de soins de réquisitoires ou tout autre document de prise en charge.**

**De même, le prestataire ne peut pas refuser un formulaire d’information et exiger un autre document d’identification, par exemple un réquisitoire papier.**

### Quand a lieu la consultation des décisions de prise en charge ?

Le dispensateur de soins doit toujours consulter la décision de prise en charge avant la prestation : le jour de la prestation même ou, s’il s’agit par exemple d’une hospitalisation, le jour de l’admission.

*En effet, la situation de la couverture des soins de la personne dans le système MediPrima est susceptible d’évoluer rapidement, notamment en fonction du changement de statut juridique ou administratif (le droit de séjour par exemple) de la personne.*

### Les outils de consultations

Les dispensateurs de soins peuvent consulter MediPrima via leur propre logiciel, ou, pour lez hôpitaux seulementb avec l’application WebConsult du SPP IS sur la plateforme de eHealth (<https://ehealth.fgov.be>)

*L’utilisateur se connecte à la plateforme eHealth avec son eID et choisit dans l’option « services en ligne » l’application MediPrima.*

###  La recherche dans MediPrima

* **Identification du dispensateur**

Quand un dispensateur de soins veut consulter les décisions de prise en charge pour un bénéficiaire, il doit s’identifier comme utilisateur au moyen de sa **carte d’identité électronique** (eID).

* **La recherche dans MediPrima**

Pour pouvoir consulter une décision de prise en charge, le dispensateur de soins introduit le NISS du patient et la date ou la période de prestation comme critère de recherche.

* **Les limites à la consultation**
	+ **on peut consulter MediPrima pour un jour en particulier.**
	+ **la période d’interrogation est limitée à 30 jours**

Pour obtenir les couvertures des CPAS pour des périodes plus longues, le prestataire est obligé de faire plusieurs interrogations.

* **On peut consulter les décisions MediPrima dans le passé :**

Il est possible d’interroger MediPrima dans le passé. Les restrictions qui existent pour les périodes de consultation porte sur le futur et sur la durée de la période de consultation :

**Limite sur le dispensateur éligible :**

Pour Le CPAS peut déterminer le prestataire de soins auprès duquel le bénéficiaire peut se rendre. Si le CPAS a introduit une liste restrictive de dispensateurs de soins, seuls les prestataires de cette liste peuvent voir le contenu de la prise en charge.

Le système contrôle si l’utilisateur a ou non accès à la consultation de la décision MediPrima.

Les dispensateurs qui ne sont pas repris sur cette liste n’obtiennent que les infos sur l’identification du CPAS compétent. Si aucune liste n’a été introduite, tous les dispensateurs de soins sont admis dans cette catégorie de soins.

### Le résultat de la recherche

Si le dispensateur est éligible, après avoir recherché le bénéficiaire sur base de son numéro d’identification, il reçoit les informations de la décision MediPrima à la date de consultation, soit :

* aucun résultat s’il n’y a pas de couverture,
* la liste des décisions concernées : s’il y a eu plusieurs couvertures différentes pendant la période de consultation – plusieurs décisions et/ou plusieurs versions de décision. MediPrima communique toutes ces décisions ou versions avec une limite à 24 occurrences.

### Le numéro d’engagement de paiement

L’engagement de paiement est une garantie de prise en charge délivrée au prestataire de soins par le système MediPrima sous la forme d’un numéro qui lui est attribué pendant la consultation :

*Lors d’une consultation d’une décision de prise en charge, le système crée automatiquement un numéro d’engagement de paiement. [[24]](#footnote-24) Ce numéro pourra être repris par le dispensateur de soins dans la facture électronique comme garantie de paiement.*

Le numéro d’engagement de paiement est attribué automatiquement lorsqu’il existe pour la personne une décision de prise en charge exécutable.

Cette garantie est valable pour autant que les soins soient couverts par une couverture de prise en charge valide, introduite par le CPAS dans MediPrima et que la date de consultation est dans la période demandée dans la consultation MediPrima.

Si le dispensateur de soins a reçu un numéro d’engagement et s’il facture en respectant les conditions de couverture de la décision, ses prestations facturées seront prises en charge.

*Les données de couverture qui ont été obtenues le « jour x » via une consultation du réseau peuvent être utilisées pour toutes les prestations qui ont été effectuées dans la période de validité communiquée et au maximum jusqu’au « jour x + 30 jours » inclus, peu importe la date de facturation de ces prestations.*

***Exemple :***

*Dans le cas d’une couverture d’un seul jour – le 27/03/2015 – pour hospitalisation programmée par exemple, si le patient a été admis le 27/03/2015 et est sorti de l’hôpital le 29/03/2015, les frais de prestations découlant d’une admission ultérieure, ayant lieu par exemple le 10/04/2015, ne seront pas pris en charge suite à la consultation du 27/03/2015.*

*Dans le cas d’une couverture sur une période du 27/03/2015 au 31/03/2015 (une consultation le 26/04/2015 peut être utilisée pour des prestations effectuées jusqu’au 26/04/2015 inclus, pour autant que les prestations du 01/01/2015 au 26/04/2015 font partie de la même admission ayant généré la consultation du 27/03/2015).*

***Remarque :***

*Lorsque le statut de la personne change par exemple pendant le séjour à l’hôpital (la personne devient légale/assurable), les 30 jours de validité d’un engagement de paiement sont garantis et respectés par l’Etat.*

#### **Maximale raadplegingsperiode**

De raadpleging is mogelijk voor een maximale duur van 30 dagen vanaf de begindatum van de geraadpleegde periode, die niet noodzakelijk de datum van de dag moet zijn.

#### **Etendue du numéro d’engagement que les prestataires de soins reçoivent lors de la consultation.**

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

#### Obtenir un engagement de paiement en consultant une période dans le futur

Il n’est pas possible d’obtenir un engagement de paiement pour une période dans le futur, même s’il existe une décision de couverture d’un CPAS : il faut nécessairement que la date de consultation soit comprise dans la période pour laquelle l’engagement est demandé.

***Exemple :***

* *Le 1er février, le prestataire consulte MediPrima pour une période allant du 1er février au 20 février : s’il existe sur cette période une couverture du CPAS, le prestataire va recevoir un numéro d’engagement de paiement.*
* *Le 1er février, le prestataire consulte MediPrima pour une période de soins allant du 5 février au 20 février : il ne recevra* ***pas*** *de numéro d’engagement de paiement, même si le patient est par ailleurs couvert par une décision de prise en charge d’un CPAS valable pour toute cette période.*

#### **Obtenir un engagement de paiement pour une consultation dans le passé**

**Lorsque la période consultée se situe dans le passé, qu’elle est couverte par une ou plusieurs décisions de prise en charge et que la date de consultation tombe dans la période consultée, un numéro d’engagement est délivré.**

**Tenant compte du fait que la période consultée ne peut être que de maximum 30 jours, il est impossible d’obtenir un numéro d’engagement pour une période de plus de 30 jours.**

#### Validité du numéro d’engagement

L’engagement de paiement en tant que tel n’a pas de durée de validité. La seule limite dans l’AMI est celle du délai de prescription du remboursement de la prestation qui est de deux ans (article 174 de la loi coordonnée susvisée).

Rien n’oblige (mais rien n’interdit) un dispensateur de procéder, lors de la facturation, à une nouvelle consultation de la couverture qui était celle du bénéficiaire au moment de la prestation, mais il court alors le risque de ne pas être remboursé. Si le dispensateur ne l’a pas fait, la CAAMI ne peut refuser, pour cette raison, le remboursement.

#### Durée garantie par l’engagement de paiement

Lorsqu’il a reçu un engagement de paiement, le prestataire peut facturer aux mêmes conditions avec ce numéro la prestation pour laquelle la consultation a été réalisée et la prolongation de cette prestation (une hospitalisation par exemple) pendant une période de 30 jours – y compris le jour de la demande (j + 29), sans que les éventuelles modifications de prise en charge du CPAS soient prises en compte.

Cette garantie est valable au maximum 30 jours à partir de la date de début de la période consultée, pour autant que les soins soient couverts par une couverture de prise en charge valide, introduite par le CPAS dans MediPrima.

***Exemple 1 :***

* *Un patient est couvert par une décision de prise en charge d’un CPAS du 1er janvier jusqu’au 31 mars ;*
* *L’hôpital demande une couverture le 1er mars : il reçoit un engagement de paiement.*
* *Le 7 mars, le CPAS modifie sa décision et annule sa couverture : l’hôpital reste couvert jusqu’au 30 mars aux mêmes conditions que celle du 1er mars.*

***Exemple 2 :***

* *Un patient est couvert par une décision de prise en charge d’un CPAS du 1er février jusqu’au 31 mars ;*
* *Le 21 janvier, l’hôpital demande une couverture sur la période du 21 janvier au 19 février : il reçoit un engagement de paiement.*
* *La CAAMI remboursera les frais de prestations que pour la période couverte par la garantie de prise en charge du CPAS, soit à partir du 1er février. Par contre, l’établissement de soins ne pourra pas facturer à l’Etat d’éventuels frais de prestations ayant eu lieu entre le 21 janvier et le 31 janvier compris étant donné que cette période n’est pas couverte par la garantie de prise en charge du CPAS.*

#### Prolongation des soins en cas d’hospitalisation

L’engagement de paiement de MediPrima ne couvre qu’une période de 30 jours (y compris la date de début de la période consultée). Au bout des 30 jours et en cas d’hospitalisation prolongée par exemple, l’hôpital doit demander un nouvel engagement.

#### Traitement automatique de la prolongation par l’hôpital :

En cas d’hospitalisation prolongée, l’hôpital doit actualiser ses engagements de paiement de manière automatisée : il utilise dans le cadre de l’AMI des messages (721, 723, …) pour gérer le suivi de l’hospitalisation de manière automatisée. Il s’agit ici d’un problème d’ergonomie, pour éviter de devoir procéder à des consultations manuelles. Ces flux présents dans l’AMI n’existent pas dans MediPrima.

Il est possible d’interroger la base de données MediPrima via le webservice de consultation et d’obtenir ainsi la réponse : cette automatisation se fait en dehors du système MediPrima. Il s’agit d’un développement à réaliser par le producteur de logiciel de l’hôpital.

### Il existe une décision de prise en charge avec une couverture appropriée

Le dispensateur de soins peut effectuer l’intervention et le paiement de sa facture se fera par la CAAMI et/ou par le CPAS.

### Il n’y a pas de décision de prise en charge ou la décision ne couvre pas les prestations de soins

#### Le délai pour aviser les CPAS

En raison du délai de 45 jours, il est primordial que le dispensateur de soins transmette dans un laps de temps le plus court possible cette demande d’aide sociale au CPAS compétent pour qu’il puisse traiter la demande.

Ce délai doit être le plus court possible et de maximum 15 jours.

#### La fiche de liaison

**Intervention du service social de l’hôpital**

En milieu hospitalier, le patient indigent est pris en charge par le service social de l’institution. C’est d’autant plus le cas si le patient ne peut se déplacer. Le service social de l’hôpital gère alors une « pré-enquête sociale » durant l’hospitalisation. Il examine la situation de la personne et informe le CPAS compétent.

Le service social de l’hôpital prépare un document établissant les soins donnés et l’identité de la personne. Selon l’hôpital, ce document est nommé : « fiche de liaison, », « avis de prise en charge » … Le service social de l’hôpital peut ensuite, avec la procuration de la personne, introduire une demande de prise en charge des frais médicaux au CPAS compétent.

Si les soins ont déjà été prodigués en raison de l’urgence médicale, l’hôpital adresse aussi au CPAS le certificat médical des interventions et l’avis de soins. Cet avis de soins sera traité comme une demande d’aide sociale selon les dispositions de l’article 58 de la loi organique des CPAS.

Cette manière de procéder accélère évidemment l’enquête sociale du CPAS et permet une prise de décisions fondée et rapide, ce qui est tout à l’avantage du dispensateur de soins dont les soins pourraient être couverts.

**La fiche de liaison seule est une transmission d’informations.**

#### Le formulaire d’enquête sociale

Selon la loi, c’est au CPAS compétent, et non à l’hôpital, qu’il incombe de faire l’enquête sociale. Via le formulaire d’« enquête sociale en cas de soins urgents/d’hospitalisation urgente » l’hôpital peut fournir les renseignements en sa possession mais il revient au CPAS de remplir les rubriques non complétées.

***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.*

La fiche de liaison transmise en même temps que l’enquête sociale « frais médicaux » est une demande d’aide sociale si elle est signée par le patient et que celui-ci a mandaté le service social de l’hôpital pour introduire sa demande d’aide.

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.

*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.*

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.

#### **Contacter le CPAS compétent**

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.

#### **Refus d’extension de la couverture par le CPAS :**

**Si le CPAS refuse d'étendre une décision après qu'un prestataire de soins le lui a demandé**, le prestataire de soins ne pourra pas facturer au centre concerné et devra adresser la facture au patient.

## Le dispensateur de soins facture les soins prodigués

Dans le cas où le dispensateur de soins effectue des prestations ou modalité autres que celles autorisées (un autre médecin autorisé, prestations en dehors de la période de validité …), il s’expose à ne pas être payé ni par la CAAMI (pour compte de l’Etat) ni par le CPAS.

Si les modalités décrites dans la décision ne correspondent pas aux soins à prodiguer, le dispensateur de soins devra se mettre en rapport avec le CPAS compétent pour éventuellement adapter la couverture aux besoins médicaux. Le patient disposant d’une décision « de principe » et qui doit se faire hospitaliser, devra malgré tout préalablement demander au CPAS une extension de la couverture hospitalisation.

Quand le CPAS aura introduit la décision électronique, le dispensateur de soins la pourra consulter afin d’obtenir un numéro d’engagement.

## L’attestation d’Aide Médicale Urgente (AMU)

S’il s’agit d’une personne en séjour illégal, le dispensateur de soins doit, dans tous les cas, délivrer une attestation d’aide médicale urgente (voir annexe) pour bénéficier du remboursement par l’Etat.

Le prescripteur de cette attestation doit être un médecin ou un dentiste, reconnu par l’INAMI.

L’attestation contient au minimum :

* La date de la prestation
* Le nom du bénéficiaire
* Le nom et la signature du médecin.

#### Un modèle d’attestation médicale électronique

Un template unique pour une version électronique de l’attestation AMU a été réalisé par SPP IS.

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

Pour les prestations hors phase 1 du projet, cette attestation est jointe à la facture et conservée par le CPAS.

Dans MediPrima, cette attestation doit être conservée par le prescripteur. Sa présence pourra être contrôlée par la CAAMI.

Dans les phases suivantes du projet, les prestataires de soins conservent l’attestation AMU.

* Ainsi, pour les soins prodigués en hôpital dans le cadre d’une hospitalisation et/ou de soins ambulatoires, les attestations AMU doivent être conservées par l’hôpital.
* 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.

***Exemple****:*

*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 pharmacien.*

***Remarque :***

*Si le médecin consulte dans la structure hospitalière en tant que médecin privé, ces soins ne tombent pas dans la catégorie des soins ambulatoires de la première phase de MediPrima : ils doivent être facturés dans l’ancien circuit, et par conséquent l’attestation doit être conservée par le CPAS.*

#### Contrôles a posteriori des attestations AMU par la CAAMI

La CAAMI pourra, sur base d’échantillonnages, vérifier s’il y a bien eu une attestation d’Aide Médicale Urgente et contrôler le contenu de celle-ci.

### Une prescription pour un autre dispensateur /prestataire

Le patient qui a été admis pour un séjour ou une consultation ambulatoire dans un établissement de soins peut se voir prescrire pendant son séjour ou suite à la consultation des soins qui ne sont pas repris dans la couverture du CPAS pour des prestations auprès d’un autre dispensateur. Dans ce cas, chaque prestataire doit conserver une attestation AMU et le CPAS devra encore adapter la décision électronique.

# La facturation des frais médicaux



La facturation MediPrima est entièrement électronique. Toutefois, dans une phase transitoire, deux circuits de facturation sont maintenus :

* Un envoi de factures électroniques adressé à la CAAMI : il est donc inutile d’encore envoyer des documents papier à la CAAMI.
* L’émission de factures papier, adressées au CPAS et au patient pour le solde qui n’est à charge ni de l’Etat ni du CPAS, est temporairement conservée pour les factures qui tombent en-dehors de la phase de MediPrima en cours.[[25]](#footnote-25)

## La facturation électronique vers la CAAMI

La facturation électronique s’inspire de la facturation INAMI, moyennant les ajustements et les contraintes décrits dans le document de référence de la CAAMI intitulé « INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS RELATIVES A LA FACTURATION ELECTRONIQUE DES SOINS DE SANTE RELATIFS A MediPrima - ». il existe un document par catégorie de prestataires – établissements de soins, médecins généralistes,…) ;

Ces institutions complètent ou modifient les instructions générales de facturations sur support magnétique ou électronique de l’INAMI. [[26]](#footnote-26)

Le **respect de ces instructions est impératif** sous peine pour le prestataire de ne pas être payé.

### Identification des débiteurs

Pour chaque prestation d’une facture individuelle, le prestataire identifie les différents débiteurs :

* L’Etat fédéral :

Il est représenté par le SPP IS et a mandaté la CAAMI pour faire les paiements.

* Le CPAS :

Le CPAS peut prendre en charge partiellement ou totalement la partie non couverte par l’INAMI ou l’Etat fédéral

* Le patient :

Celui-ci paie le solde non couvert par les deux autres instances.

Les montants à charge des différentes parties sont placés dans les champs en fonction des instructions de facturation.

* Le champ contenant la part AMI est rempli avec la part prise en charge par le SPP IS

***Remarque :***

*Dans la phase 1, le SPP IS prend en charge, dans la majorité des cas, 100 % de la part AMI et 100 % de la part patient. Il y a des exceptions pour les personnes en séjour illégal ou les 9ter disposant d’un revenu égal ou supérieur au RIS. Pour ces personnes, la quote-part patient n’est pas prise en charge par l’Etat pour les frais hors établissements de soins.*

*Le SPP IS ne prend jamais à sa charge les suppléments.*

* Le champ contenant la quote-part patient est rempli avec la part patient, y compris les éventuels suppléments à sa charge.
* Enfin, le champ supplément est complété par les montants à charges du CPAS lorsque le prestataire de soins peut les déterminer.

Si le prestataire ne peut distinguer clairement les frais à charge du CPAS et les frais à charge du patient sur base de la décision électronique de prise en charge :

* Soit le dispensateur facture le montant complet au patient qui prendra contact avec le CPAS ;
* Soit, s’il existe une convention entre eux, le dispensateur envoie la facture au CPAS. Ceci peut être le cas lorsque le CPAS a mis des limitations à son intervention dans les zones commentaires non structurées de sa décision électronique.

### Conventions entre certains CPAS et les hôpitaux

Les données de la décision électronique reprises dans la base de données priment sur les données présentes dans les conventions.

Au moment de prendre sa décision, le CPAS peut normalement tenir compte du contenu des conventions qu’il a lui-même conclues.

Si le CPAS ne souhaite pas reprendre tous les éléments de la convention pour chaque décision électronique, il peut simplement faire référence à ladite convention dans le champ de texte.

### Avis d’un médecin-conseil de la mutuelle

Il existe des soins nécessitantl’avis d’un médecin-conseil de la mutuelle dans le régime AMI : le SPP IS prendra ces frais en charge dans les limites habituelles.

### Scission des factures (hôpitaux)

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 30ème jour suivant l’engagement peuvent être facturés à ce CPAS là. Après ces 30 jours, les frais doivent être facturés au deuxième CPAS.

### Envoi des factures électroniques à la CAAMI :

Le prestataire transmet à la CAAMI ses fichiers de facturation des soins de santé relatifs aux bénéficiaires de l’aide médicale.

*En ce qui concerne* ***les hôpitaux****, il y a une facturation mensuelle minimum et il y a deux envois :*

* *Au moins un pour les soins ambulatoires ;*
* *Au moins un autre pour les frais d’hospitalisation.*

*Ces fichier de facturation comprenant toutes les factures sur un mois et sont triés suivant le numéro d’admission (en cas d’hospitalisation) et suivant le numéro d’ordre des factures individuelles (en cas de prestations ambulatoires).*

*Pour les médecins généralistes il peut y avoir une facturation quotidienne.*

Ces fichiers de facturation sont transmis via le réseau MyCareNet et sont obligatoirement distincts des envois de facturation relatifs aux assurés de la CAAMI.

**Aucune facture papier ne doit être adressée à la CAAMI.**

### En cas de facturation MyCareNet

Les règles décrites dans les instructions de facturation de l’INAMI sur support magnétique ou électronique sont d’application.

Un fichier de décompte est envoyé au prestataire lorsque la CAAMI effectue un paiement pour compte du SPP IS, qui a mandaté l’OA comme organisme de paiement pour compte de l’Etat.

### Instructions de facturation spécifiques de la CAAMI pour les prestataires

Pour chaque prestataire la CAAMI rédige des instructions de facturation spécifiques Voir les manuels de référence de la CAAMI.

## La facturation papier

Pour les autres débiteurs des frais médicaux que la CAAMI, c’est-à-dire le le patient ou le CPAS, la facturation papier est maintenue pour des raisons opérationnelles.

### Règles de production des factures papier :

Lorsque l’Etat (le SPP IS) ne couvre pas la totalité des frais médicaux, le solde est facturé aux autres débiteurs avec émission d’une facture papier.

***Remarque :***

*Les établissements hospitaliers ont l’obligation d’envoyer les factures d’hospitalisation aux patients quel qu’en soit le montant et même si le solde à charge du patient est égal à 0 €.*

*Néanmoins, si 100 % des frais médicaux sont à charge du SPP IS, il n’y a pas de facture papier émise au CPAS.*

S’il existe un solde qui n’est pas pris en charge par la CAAMI, il y a trois possibilités :

1. Le CPAS **n’intervient pas et ne prend rien en charge** :

Le CPAS a indiqué ceci dans le volet de la décision concernée. Dans ce cas, le prestataire émet uniquement une facture à destination du patient avec le solde à sa charge. Il n’y a pas de facture pour le CPAS.

C’est toujours le cas avec les prestations médicales des médecins généralistes.

1. Le CPAS **intervient en prenant en charge le solde complet de la facture** :

Dans ce cas, le prestataire émet uniquement une facture à destination du CPAS.

1. Le CPAS intervient **de manière partielle** :
* Si la prise en charge a pu être déterminée, le prestataire émet deux factures, l’une au CPAS avec la part à sa charge, l’autre au patient avec sa partie.
* Si la prise en charge par le CPAS n’a pas pu être déterminée, le prestataire de soins facture la totalité du solde soit au patient, soit au CPAS lorsqu’il existe une contention dans ce sens entre les deux institutions.

### Présentation de la facture papier :

La facture patient et la facture CPAS comprennent une colonne avec le montant pris en charge par le SPP IS, une colonne avec la quote-part patient (y compris les suppléments), une colonne avec les montants de frais à charge du CPAS et une colonne avec les montants totaux.

## Le traitement de la facturation par la CAAMI

### Traitement de la CAAMI

A la réception d’un fichier de facturation, la CAAMI effectue les contrôles relatifs à l’acceptabilité du fichier de facturation.

* 1. Contrôle relatif au patient :

Le patient doit être connu dans le système des décisions électroniques.

* 1. Contrôle de la période :

Les prestations doivent avoir été réalisées dans une période couverte par une décision de prise en charge.

1. Contrôle du flag « attestation d’Aide Médicale Urgente » :

Il faut que le flag « attestation d’Aide Médicale Urgente » soit activé pour les personnes en séjour illégal.

1. Contrôle des types de soins :

La couverture du CPAS pour les types de soins couverts en phase 1, soit les séjours au sein d’établissements hospitaliers, soit les soins ambulatoires délivrés par les établissements hospitaliers.

1. Contrôle du code « couverture » :

Le code couverture ou les pourcentages de prise en charge par le SPP IS utilisés dans la facturation doivent être conformes à la décision électronique.

1. Contrôle sur le prestataire :

S’il y a un prestataire désigné dans la décision électronique, les autres prestataires ne peuvent entrer en ligne de compte pour un remboursement.

1. Contrôle du numéro d’engagement de paiement :

La CAAMI applique la tarification INAMI et effectue le paiement des frais à charge de l’Etat (du SPP IS) sur base des conditions de la décision électronique.

**Toutes les questions relatives aux factures, paiements ou prestations rejetées pourront être adressées au helpdesk facturation électronique via l’adresse :** **MediPrima@caami.fgov.be****.**

### Corrections des factures

Les factures ou prestations rejetées devront obligatoirement être réintroduites après corrections dans un nouvel envoi de facturation électronique.

Lorsque la CAAMI rejette une facture (pour cause de non-respect des règles de l’AMI ou pour cause de non-conformité avec la décision du CPAS), le prestataire de soins a tout intérêt à adapter et à renvoyer sa facture corrigée. S’il ne le fait pas, l’usager (éventuellement via le CPAS) est en droit d’introduire une plainte et de refuser de payer la facture.

### Délai maximum de paiement par la CAAMI :

La CAAMI suit pour ses paiements les mêmes termes et délais que dans le cadre de l’AMI. Il n’y a dans les deux cas ni sanction ni amende prévues en cas de retard.

Le délai moyen de paiement pour les factures approuvées par la CAAMI est actuellement de 8 jours ouvrables.

## Réalisation des décomptes mensuels pour le SPP IS et les CPAS

La CAAMI génère une fois par mois, après traitement du fichier de facturation du prestataire de soins et paiement par la CAAMI des montants des prestations à charge de l’Etat, un fichier des décomptes reprenant l’ensemble des factures envoyées et acceptées.

La structure du fichier s’inspire de celle des records de facturation (il reprend en particulier les records 20, 25, 30, 40, 50 et 80).

### Transmission des décomptes au SPP IS

Une fois par mois, ce fichier des décomptes est transmis au SPP IS via le CIN et la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) pour des raisons de sécurité et de confidentialité : il contient entre autres les numéros NISS des patients.On y distingue aussi clairement pour chaque facture et pour chaque prestation le montant (la part AMI et la part patient) qui est prise en charge par le SPP IS ainsi que les autres éléments de la facture qui sont pris en charge soit par le CPAS (, soit par le patient.

## Le SPP IS transmet les décomptes au(x) CPAS

Le SPP IS crée un fichier de décompte pour chaque CPAS sur base du fichier reçu de la CAAMI.

Deux formats sont disponibles :

* un format Excel : c’est le format par défaut : le document reprend une ligne par facture. L’information est donc synthétique.

Les fichiers Excel sont transmis dans l’eBox institutionnelle du CPAS concerné.

* un format XML : il n’est disponible que sur demande : les fichiers sont envoyés via un canal FTP.

Par défaut, les CPAS reçoivent les décomptes MediPrima sous format Excel mais ils peuvent choisir de les recevoir sous format XML – cela nécessite un développement pour eux.

***Pour l’XML :***

*Le gestionnaire local ou co-gestionnaire local devra effectuer une manipulation sur le Portail de la Sécurité Sociale.*

*Si le CPAS n’a pas encore de User Technique, il conviendra de créer le User Technique et de choisir le canal FTP ou SFTP et ensuite de cocher l’application MediPrima-décompte.*

*Si le CPAS a déjà un User Technique, il conviendra d’ajouter au canal FTP ou SFTP l’application MediPrima-décompte.*

Le genericXmlDocument\_20133 peut être récupéré sur le site suivant :

<https://www.socialsecurity.be/site_fr/employer/applics/payit/general/techlib.htm> (section : Echange générique).

***Manuel à votre disposition***

*Il existe pour les CPAS qui le souhaitent un manuel expliquant les différentes étapes de création d’un User Technique et du canal FTP ou SFTP afin de recevoir les décomptes MediPrima.*

***Contact***

*Pour toute question complémentaire concernant les décomptes MediPrima, le CPAS peut contacter le HelpDesk* *OCMW-CPAS@smals.be* *ou au numéro suivant: 02/787.58.28 (fr) ou 02/787.58.27 (nl)*

**Remarque:** il n’est pas possible de recevoir les décomptes sous les deux formats en même temps : soit le CPAS choisit le format EXCEL, soit il choisit le format XML.

### Le CPAS traite les factures

Lorsqu’un CPAS réceptionne une facture à payer, il vérifie, en fonction du type de soins et de prise en charge, entre autres, la concordance entre les soins délivrés et la décision du Conseil de l’action sociale.

### Consultation par le CPAS du décompte

Les décomptes sous format excel peuvent être utilisés par le CPAS pour contrôler les factures. Ils ne reprenent toutefois pas le détail des prestations.

Les fichiers de décompte sous format XML sont complets jusqu’au détail des prestations : ils peuvent être traités dans le logiciel social du CPAS ou dans un système accessible au CPAS.).

### Contrôle des factures par le CPAS

Le CPAS contrôle les factures – éventuellement en utilisant les décomptes - sur base de la couverture décrite dans la décision électronique et paie la partie à sa charge.

Il renvoie au prestataire de soins les factures qui ne correspondent pas à sa décision.

### Paiement des factures par le CPAS

Le CPAS ne paie que les frais du patient couverts par la décision de prise en charge, dans les limites mises à l’octroi de l’aide et dans les limites qui figurent dans la décision électronique.

**Si un CPAS refuse de payer certains frais à l’hôpital :**

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

## Dernière étape : le formulaire D

Vu le phasage de MediPrima, il reste encore des situations où le CPAS doit introduire une demande de remboursement des frais médicaux au SPP IS dans le cadre de l’ancienne procédure.

Lorsque le CPAS a reçu et payé les factures de frais médicaux du dispensateur ou du bénéficiaire, le CPAS introduit par voie électronique une demande de remboursement au SPP IS au moyen du formulaire D1/2 (état des frais) :

1. **Formulaire D1 :**

Ce formulaire est utilisé pour tous les frais remboursables, dont les frais médicaux et pharmaceutiques, **hors hôpital**. Un seul formulaire regroupe des frais concernant une famille (bénéficiaire principal et bénéficiaires secondaires).

1. **Formulaire D2 :**

Ce formulaire est exclusivement utilisé pour les frais médicaux et pharmaceutiques hospitaliers. Il faut alors un formulaire par personne.

Le CPAS peut ainsi introduire plusieurs formulaires par mois pour une même personne.

Le délai pour transmettre ces formulaires au SPP IS est de 12 mois à compter de la fin du trimestre au cours duquel les dépenses ont été faites, autrement dit, lorsque les prestations ont débuté ou ont eu lieu (Article 12 loi 02/04/65).

Il faut bien sûr que le formulaire B de la personne concernée prévoit la prise en charge de l’aide médicale.

## Pour terminer : l’inspection du SPP IS

Le service inspection du SPP IS contrôle les dossiers sociaux des CPAS et notamment ceux en lien avec MediPrima selon des modalités qui sont précisées dans son Manuel d’inspection.

1. Lorsque le bénéficiaire est hébergé dans un centre d’accueil, ses frais médicaux sont pris en charge par FEDASIL. Le SPP IS utilise pour identifier cette situation l’information du Registre National (Ti207). Néanmoins, l’examen du Ti 207 n’est pas suffisant car la personne peut entretemps perdre son droit de séjour. Il y a donc un autre contrôle qui vérifie si la personne n’a pas perdu son droit de séjour (par exemple s’il a reçu un Ordre de Quitter le Territoire cf. la Ti 206). [↑](#footnote-ref-1)
2. Art. 57 § 2, 1° de la loi du 8.7.1976 organique des CPAS. [↑](#footnote-ref-2)
3. Arrêté royal du 12.12.1996 relatif à l’aide médicale urgente [↑](#footnote-ref-3)
4. Les établissements de soins sont définis à l’article 1er, 3° de la loi du 02/04/1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS comme : tout établissement ou partie d’un établissement où, avec ou sans hospitalisation, un diagnostic peut-être fait ou une maladie peut être traitée. [↑](#footnote-ref-4)
5. Le CPAS examinera la compétence territoriale selon les dispositions de la loi du 02/04/1965 et avisera le CPAS territorialement compétent selon les dispositions fixées à l’article 58 § 3 de la loi du 08/07/1976 organique des CPAS ; [↑](#footnote-ref-5)
6. http://www.inami.fgov.be/fr/nomenclature/ [↑](#footnote-ref-6)
7. Voir « Arrêté royal relatif aux éléments de l’enquête sociale ». [↑](#footnote-ref-7)
8. Loi du 08/06/1976 (CPAS) et A.R. du 12/12/1996 (AMU). [↑](#footnote-ref-8)
9. Voir les concepts de base [↑](#footnote-ref-9)
10. Conformément à l’article 60, § 5, de la loi organique. Si la personne aidée n’est pas assurée contre la maladie et l’invalidité, il l’affilie à l’organisme assureur choisi par elle, et à défaut de ce choix, à la Caisse auxiliaire d’assurance maladie-invalidité. Il exige dans la mesure du possible une contribution personnelle de l’intéressé. [↑](#footnote-ref-10)
11. Article 9ter, § 3 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS. [↑](#footnote-ref-11)
12. Circulaire du 14.03.2014 portant sur les conditions minimales de l’enquête sociale exigée dans le cadre de la loi du 26 mai 2002 relative au droit à l’intégration sociale et dans le cadre de l’aide sociale accordée par les CPAS et remboursée par l’Etat conformément aux dispositions de la loi du 02 avril 1965 [↑](#footnote-ref-12)
13. Une décision de principe n’inclut aucune couverture. Les modalités de prise en charge devront alors être spécifiées lors d’une modification ultérieure de la décision de prise en charge des soins. Lorsque le dispensateur de soins consulte une décision de principe, celui-ci verra uniquement les données du CPAS qui en est responsable. Il n’est pas possible à ce stade que le dispensateur de soins consulte le contenu de la décision. [↑](#footnote-ref-13)
14. Une garantie de prise en charge comprend les modalités de prise en charge c.-à-d. les couvertures de soins et les données s’y rapportant. La durée d’une couverture pour une personne en séjour illégal sera toujours de 3 mois maximum. [↑](#footnote-ref-14)
15. Les établissements de soins sont définis à l’article 1er, 3° de la loi du 02/04/1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS. [↑](#footnote-ref-15)
16. C’est-à-dire que la date de début de la prestation tombe en dehors de la période de validité de la couverture pour la catégorie de soins en question. [↑](#footnote-ref-16)
17. Wanneer een beslissing vervallen is, is er een nieuwe beslissing noodzakelijk, hetgeen een nieuwe beslissing tot medische tenlasteneming tot gevolg heeft. [↑](#footnote-ref-17)
18. Pour une description de la notion de « refundcode », voir point 2.3.17. [↑](#footnote-ref-18)
19. Le secteur des mutuelles n’émette pas des mutations. MediPrima pourrait détecter un changement au niveau de l’assurabilité lors de la modification d’une décision MediPrima. [↑](#footnote-ref-19)
20. Pour rappel, le NISS est soit le numéro de registre national, soit le numéro bis. [↑](#footnote-ref-20)
21. Un refundcode correspond à une situation précise d’une personne (inscription registre, type de statut de séjour, assurabilité, niveau des revenus) qui détermine le niveau d’intervention de l’Etat dans les frais. [↑](#footnote-ref-21)
22. Le numéro NISS – numéro d’identification de la sécurité sociale – correspond soit au numéro de registre national soit à un numéro bis octroyé par la BCSS sur demande d’un organicisme de la sécurité sociale. .

En cas d’absence de ce dernier numéro (souvent le cas pour les personnes en séjour illégal) le NISS correspond au numéro bis. [↑](#footnote-ref-22)
23. [↑](#footnote-ref-23)
24. [↑](#footnote-ref-24)
25. Celle-ci est conservée pour :

Répondre aux exigences des règlements comptables des CPAS

Pour ne pas imposer d’importants développements informatiques aux petits CPAS qui ont peu de créances médicales à traiter. [↑](#footnote-ref-25)
26. Décrites dans le document  « Instructions aux établissements hospitaliers, aux laboratoires de biologie clinique agréés, aux praticiens de l’art infirmier … qui recourent au système de délivrance des fichiers de facturation et aux organismes. [↑](#footnote-ref-26)