MediPrima

La réforme de l'aide médicale octroyée par les CPAS

POD SPP
Maatschappelijke Integratie
Intégration Sociale

21/10/2013

Structure

- Introduction
- Le patient se présente au CPAS
- Le patient se présente devant le prestataire de soins
- La facturation

Introduction

- Triple garantie
- Changements d'objectif
- Harmonisation des procédures
- Phasage

Introduction

- La réforme de l'aide médicale octroyée par les CPAS:
  - Simplifier
  - Rationnaliser
  - Améliorer
- Objectifs:
  - Informatisation décision de prise en charge
  - Transfert à la CAAMI
  - Amélioration des contrôles

Triple garantie

Décision électronique de prise en charge des soins garantie:

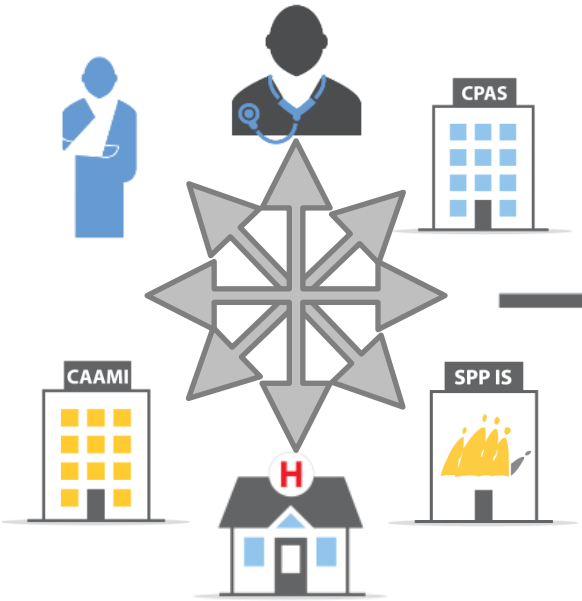
- Pour le demandeur
  - L'assurance de l'accès à l'aide médicale

- Pour le prestataire de soins
  - L'assurance de la prise en charge des soins prodigués

- Pour le CPAS
  - L'assurance partie à charge de l'Etat directement payée au prestataire de soins.

Objectifs des modifications

- Échanges simples et rapides entre les acteurs

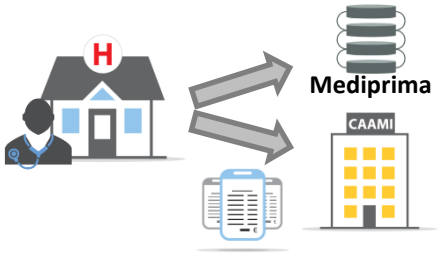


- Accès direct et électronique à la décision
- Procédures harmonisées
- Une plus grande transparence

Objectifs des modifications

- Diminution de la charge administrative:

- Pour le CPAS
  - Moins de contrôles
    - Factures
    - Prestations médicales
    - Tarification complexe



- Pour le prestataire de soins
  - Consultation aisée
  - Envoi des factures à un point de contact.

Objectifs des modifications

- Sécurité juridique des intervenants, garantie de l'accélération des paiements et contrôles améliorés:

- CAAMI seul point de contact
- Contrôle automatique CAAMI sur dépenses aides médicale

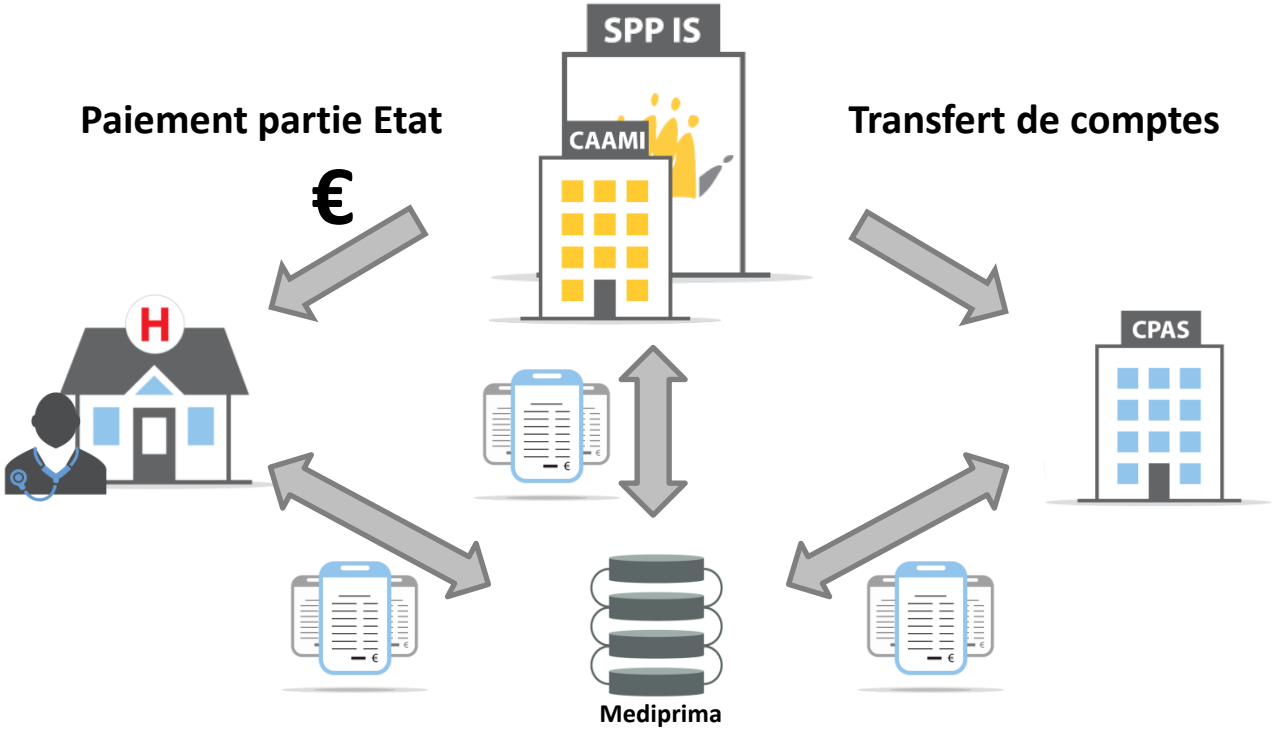
- Diminution charge administrative CPAS
- Décisions CPAS reconnues par les autres intervenants

- Garantie paiement plus rapide des prestations prestataires de soins
- Modalités de remboursement connues grâce à la base de données

- Réduction des obstacles bénéficiaire à l'accès aux soins de santé

Harmonisation des procédures

- Circuit de remboursement des frais médicaux modifié et automatisé



- Factures intégrées dans circuit de facturation électronique depuis le prestataire de soins jusqu'au CPAS

Phasage

- Phase 1
  - La prise en charge factures établissements de soins personnes qui
    - ne bénéficient pas d'une assurance maladie-invalidité
    - qui ne peuvent s'inscrire auprès d'une mutuelle en Belgique.
  - Concerne:
    - Illégaux
    - Personnes dont la demande de régularisation sur base de l'article 9ter a été déclarée recevable
    - Demandeurs d'asile en aide financière ou en ILA (Initiatives Locales d'Accueil).

- Phases ultérieures
  - Etendues à tous les prestataires de soins et tous les demandeurs d'aide médicale

Aide Médicale Urgente

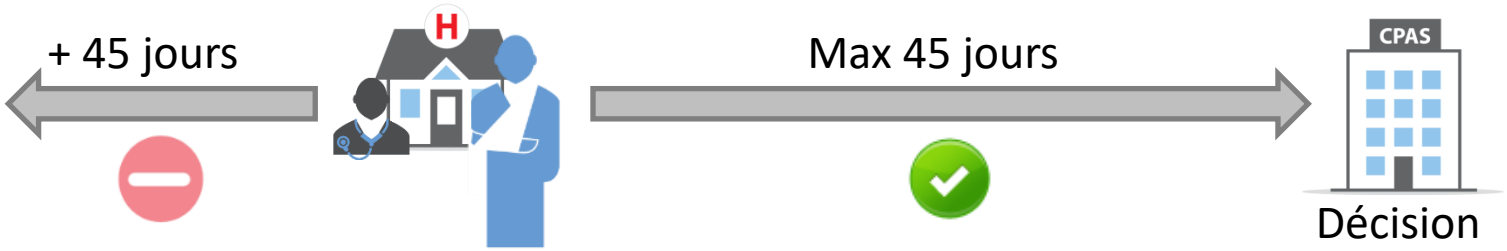
AMU

- AMU: aide sociale personnes étrangères en séjour illégal.
  - Soins à caractère curatif
  - Soins à caractère préventif
  - Continuité des soins (traitement maladies contagieuses)

- Attestation d'Aide Médicale Urgente.
  - Démontrer caractère médical des soins
  - Aussi en cas de frais pharmaceutiques
  - Délivrée par médecin ou dentiste agréé avec numéro d'identification INAMI.

Aide Médicale Urgente ≠ Urgence médicale.

Règle 45-jours



- **≤** 45 jours:
  - Assurance prise en charge des frais médicaux et pharmaceutiques par l'Etat
  - A partir du jour de l'hospitalisation ou de la prestation médicale

- **>** 45 jours:
  - Frais aides octroyées > 45 jours avant décision pas pris en charge par l'Etat

Le CPAS examine
les décisions existantes

- Résultats consultation

Erreur technique

Message d'erreur, expliquant type d'erreur.

Une ou plusieurs décisions

CPAS compétent a une vue sur contenu complet

CPAS pas compétent a une vue sur contenu restreint

- BCE ou nom CPAS gestionnaire
- Date de début et de fin de validité décision

Pas de résultat

CPAS examine compétence et commence enquête sociale

Le CPAS réalise **l'enquête sociale**

- CPAS examine
  - État indigence demandeur
    - Bilan ressources et charges demandeur
  - Statut juridique demandeur
    - Illégaux ne peuvent bénéficier que de l'Aide Médicale Urgente
  - Assurabilité demandeur
    - Pas d'intervention du CPAS si demandeur:
      - est affilié à une mutuelle
      - dispose d'une assurance
  - Examen du garant

La simulation par le CPAS

- Le SPP IS analyse la demande et répond le CPAS

- Statut de résidence personne
- Indication nécessité attestation AMU
- Assurabilité personne
- Calcul pourcentages d'intervention

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%

Le CPAS prend **une décision**

- **Décision** d'intervention:
  - CPAS détermine les modalités de l'intervenion:

- Catégorie(s) de soins

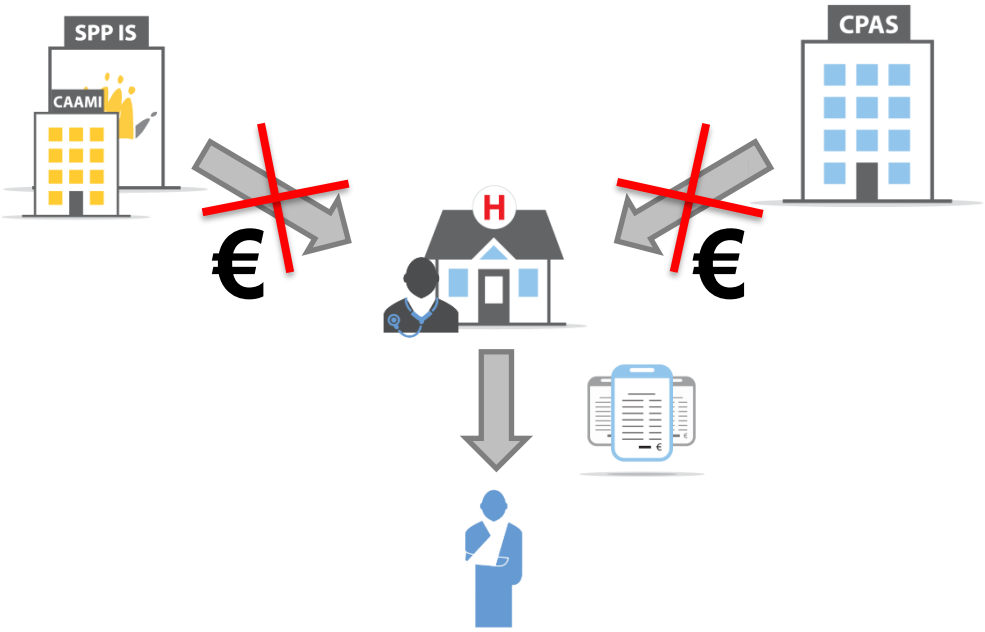
- Durée couvertures octroyées

- Limites budgetaires

- Eventuellement prestataires de soins déterminés
  - Quel prestataire?
  - Quel établissement de soins?

Le CPAS prend **une décision**

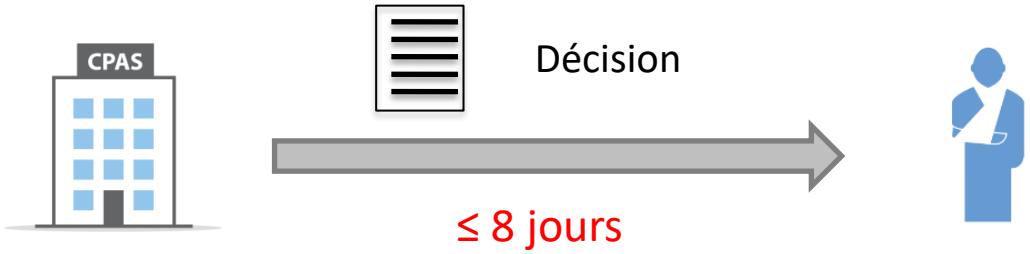
- **Refus** d'intervention:
  - CPAS n'introduit rien en Mediprima
  - Prestataire de soins n'est pas remboursé par CPAS ni par l'État.



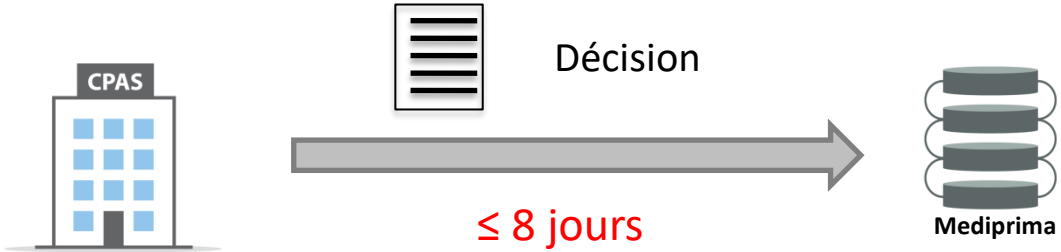
  - Prestataire de soins transmet les factures au patient

Introduction décision dans MediPrima

- Le CPAS doit communiquer sa décision dans les 8 jours au bénéficiaire



- Le CPAS doit introduire sa décision dans les 8 jours dans Mediprima



Décision **de principe**

Décision de principe est sans couverture effective.

- Pas de catégories de soins indiquées
- Aucun droit à une intervention financière pour demandeur

- Conséquences
  - CPAS reconnaît sa compétence
  - CPAS reconnaît l'État d'indigence du demandeur

- Raisons de créer une décision de principe:
  - CPAS doit introduire sa décision d'intervention dans les 45 jours auprès du SPP IS.
  - Identification CPAS compétent qui a pris la décision.
  - Décision de principe « bloque » toute autre décision.

Garantie de prise en charge par le CPAS

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.

- Couvertures de soins qui peuvent être prises en charge par CPAS ou État:

Phase 1

- Hospitalisation
- Soins ambulatoires

Phases ultérieures

- Médecin
- Paramédical
- Frais pharmaceutiques
- Prothèses
- Transport médical
- Divers

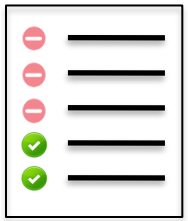
Exécution de la décision

- Sélection d'un volet de la décision
  - Pour assurer une catégorie de soins, le CPAS doit remplir par catégorie de soins choisie critères suivants :
    - La durée de validité
      - Date de début
      - Date de fin
    - La prise en charge du CPAS
      - Part AMI
      - Part patient
      - Suppléments

Nature des frais couverts	Prise en charge
Part AMI	Tout - Partiel - Rien
Part patient	Tout - Partiel - Rien
Suppléments	Tout - Partiel - Rien

La prise en charge de type « partiel » du CPAS

- CPAS introduit une prise en charge de type « partiel » et remplit les champs de texte:

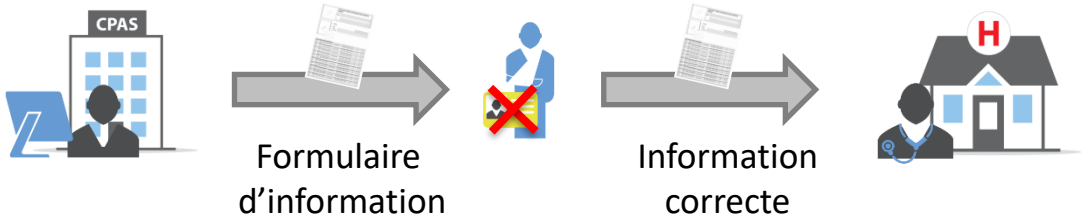


  - Les conditions particulières

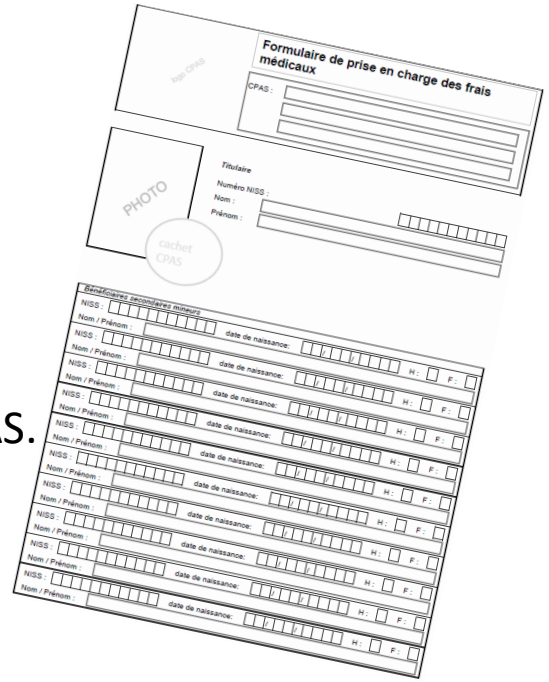
  - Le(s) éventuel(s) dispensateur(s) désigné(s):
    - Introduire numéros INAMI ou BCE institutions de soins désirées.
      - Contrôle automatique numéros d'identification
      - Seules les factures émises par ces numéros seront remboursées.

Cette décision doit être enregistrée

Formulaire d'information concernant l'aide médicale



- Un formulaire d'information
  - Est créé pour chaque adulte
    - Mineurs:
      - Peuvent être mentionnés sur le formulaire adulte
      - Possibilité de créer un propre formulaire
  - Ne donne aucun droit au titulaire et n'est pas une attestation de prise en charge par le CPAS.


Formulaire de prise en charge des frais médicaux

CPAS :

Titulaire

Numéro NISS :

Nom :

Prénom :

PHOTO

cachet CPAS

Bénéficiaires secondaires mineurs

NISS :

Nom / Prénom :

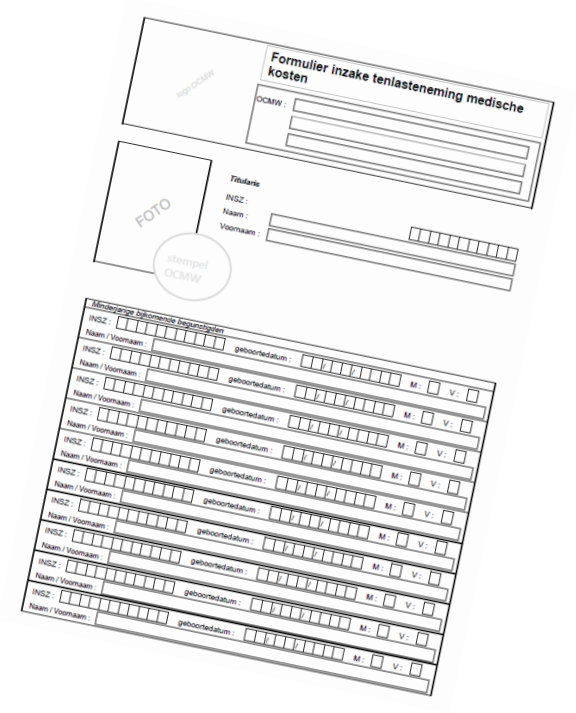
date de naissance:

H :

F :

Formulaire d'information concernant l'aide médicale

- formulaire d'information contient:
  - Pour le bénéficiaire
    - Photo
    - Numéro NISS
    - Nom et prénom
    - Sexe et date de naissance
  - Pour chaque personne mineur à charge:
    - Numéro NISS
    - Nom et prénom
    - Sexe et date de naissance


Formulier inzake tenlasteneming medische kosten

OCMW :

FOTO

Titularis

INSZ :

Naam :

Voornaam :

stempel OCMW

Minderjarige bijkomende begunstigden

INSZ : Naam / Voornaam : geboortedatum : M : V :

Délai maximum
décision électronique

- Une année:
  - Chaque prise en charge doit être réexaminée après un an.

- Après 92 jours:
  - Pour étrangers en séjour illégal, soumis à l'AMU

- Réduction de droits bénéficiaire:
  - Arrêter décision existante et créer une nouvelle décision.

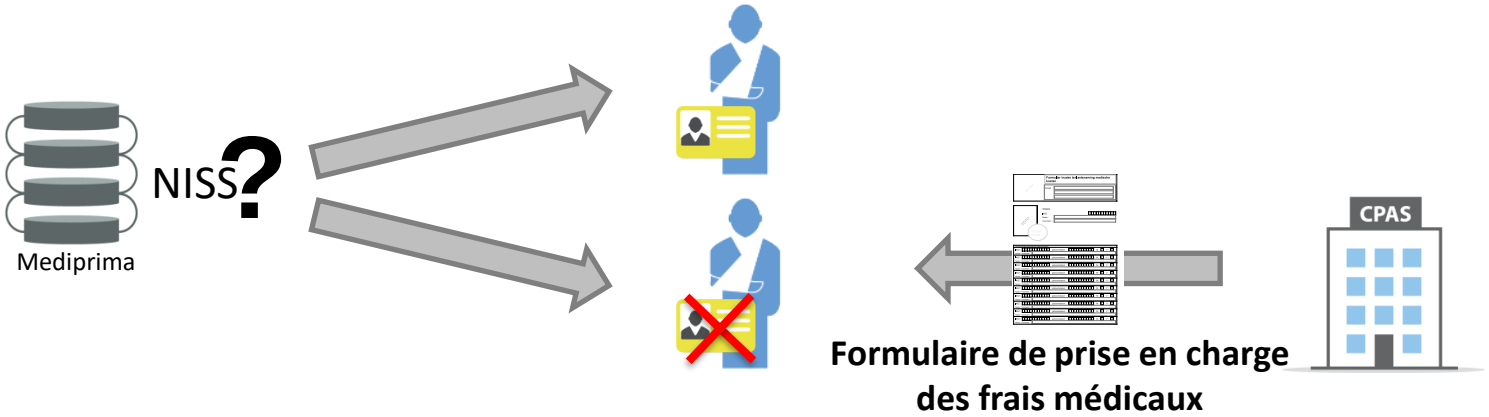
Arrêter décision électronique existante

- Uniquement par CPAS qui a crée la décision.
  - Arrêt complet :
    date effective de fin = jour après expiration décision.
  - Arrêt d'une couverture d'une catégorie de soins:
    date effective de fin = jour après date de fin couverture.
  - Toute décision de prise en charge arrêtée sont conservées dans Mediprima (dans toutes les versions).

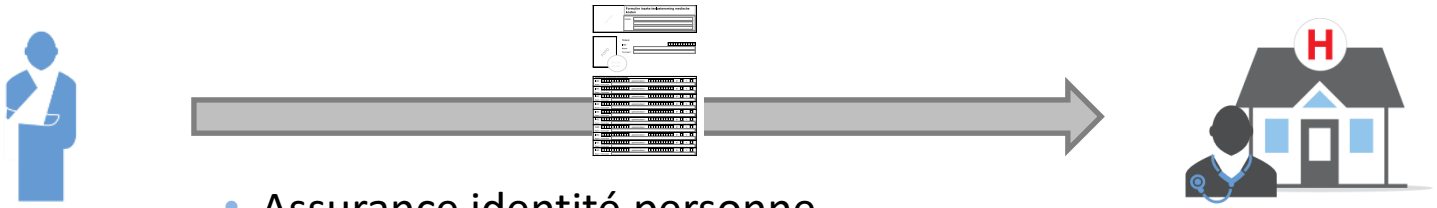
Décision arrêtée ou arrivée à échéance
ne peut plus être remise en vigueur

Couverture déjà octroyée
(dans le passé ou le jour même)
ne peuvent être supprimée.
Arrêter une décision de prise en charge dans le futur est possible.
En cas de suppression dans le futur
la décision restera valide
au moins un jour
(jour de la suppression).

Identification patient



- Patient présente formulaire au prestataire de soins:



- Assurance identité personne
  - Disponibilité photo, (pré)nom, sexe et date de naissance
- Disponibilité NISS pour consultation Mediprima

Prise en charge
frais médicaux

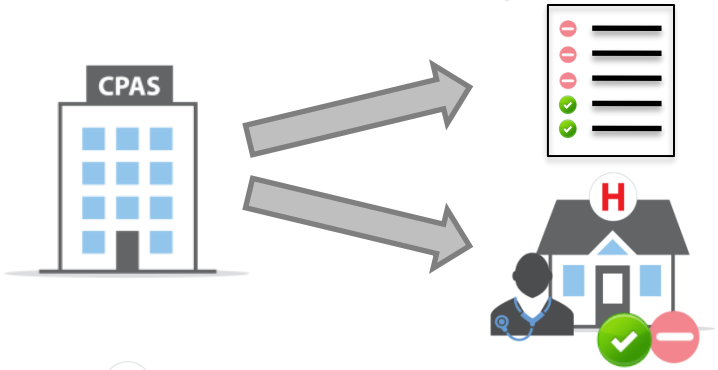
- Prestataire de soins contrôle assurabilité et décisions électroniques patient

  - Toujours <u>avant</u> prestation
    - le jour même de la prestation
    - Premier jour d'une admission (hospitalisation)
      - une nouvelle consultation est nécessaire si l'hospitalisation continue après les 30 jours

- Prestataire de soins consulte décisions de prise en charge via:
  - Services intégrés dans logiciel médical
  - Application web WebConsult du SPP IS.

Limites de la consultation

- CPAS détermine conditions garantie aide médicale



- Vue sur contenu de prise en charge.

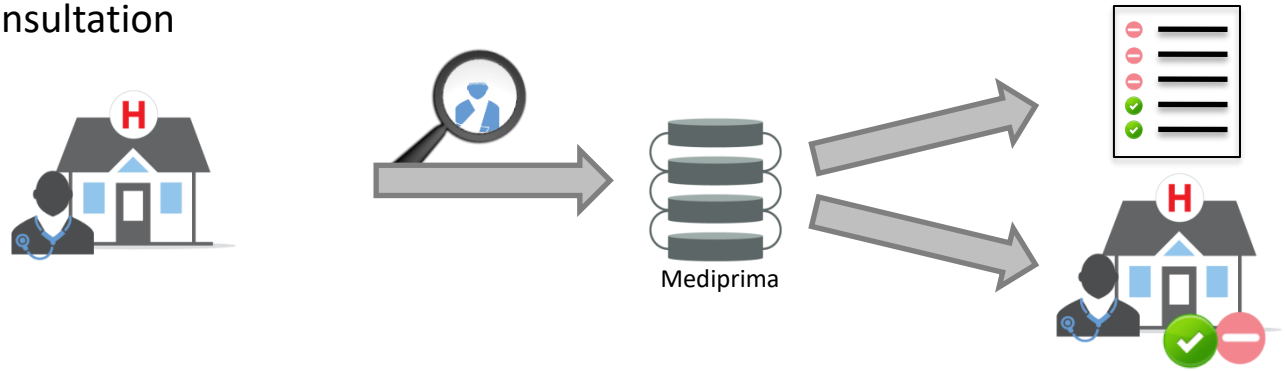
- Uniquement vue sur information sur l'identification du CPAS compétent

Pas de liste restrictive:
tous les dispensateurs de soins sont admis dans cette catégorie de soins

La recherche dans MediPrima

- Recherche uniquement basée sur:
  - NISS:
    - Seul critère retenu pour l'identification du bénéficiaire.
    - Recherche sur nom personne pas possible dans MediPrima.
  - NISS et date de prestation:
    - Par défaut, la consultation a lieu à la date du jour.

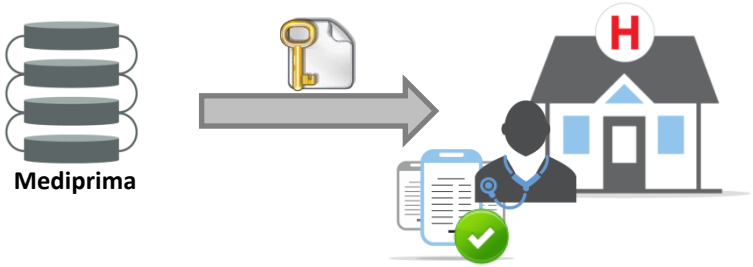
- Résultat recherche
  - Données de la décision électronique visible pour prestataire de soins sur date de la consultation



Numéro d'engagement

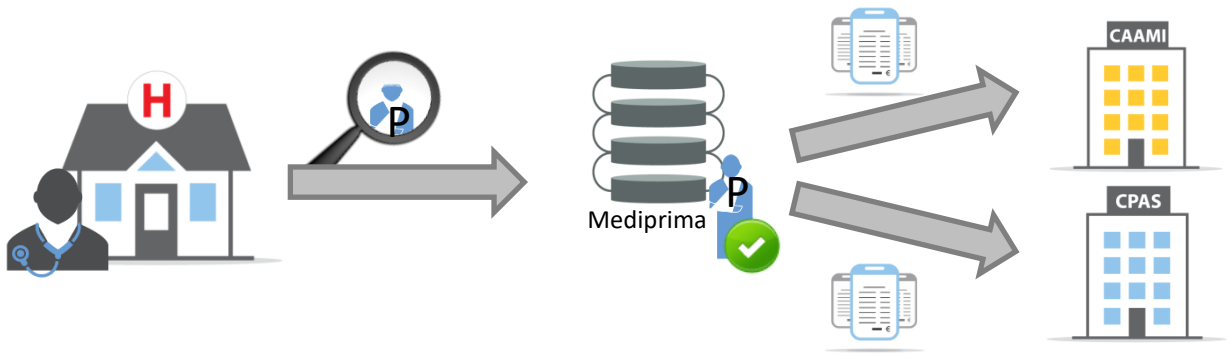
Numéro d'engagement:

- Clé cryptée
- Créé automatiquement lors d'une consultation décision de prise en charge
- Numéro que le dispensateur reprend dans la facture électronique comme garantie de paiement.



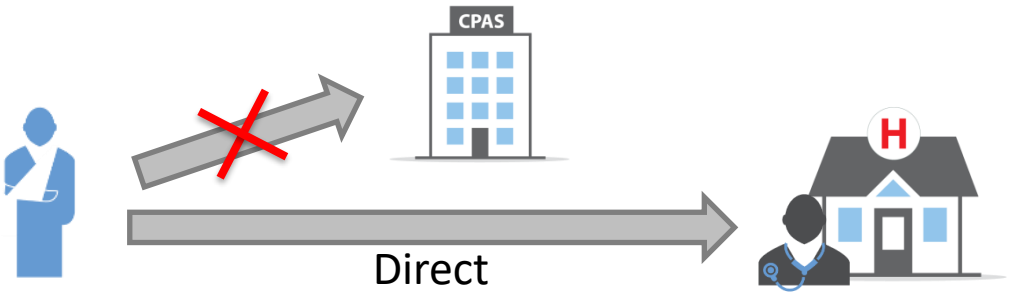
- Données de couvertures obtenues via consultation sur "jour x":
  - Valable pour toutes les prestations effectuées dans la période de validité communiquée
  - Maximum jusqu'au "jour x + 30 jours"
  - Peu importe la date de facturation de ces prestations
- Engagement de paiement en tant que tel:
  - Pas de de durée de validité.
  - Délai du remboursement de la prestation par l'État: 2 ans

Existence décision de prise en charge
avec couverture appropriée



- Paiement factures par CAAMI et/ou CPAS selon:
  - Modalités décision de prise en charge
  - Instructions facturation

Pas de décision de prise en charge ou prestations de soins pas couvertes



- Prestataire de soins évalue la situation :
  - Urgence au sens médical :
    - Prestations médicales délivrées immédiatement.
    - “Avis de soins“ transmis au CPAS.
  - Pas d’urgence au sens médical :
    - Soins postposés (effectués qu’après décision CPAS).
    - Personne dirigée vers CPAS compétent.
    - Prestataire peut réaliser les prestations, mais risque de ne pas être payé par CPAS.

Intervention service social de l'hôpital

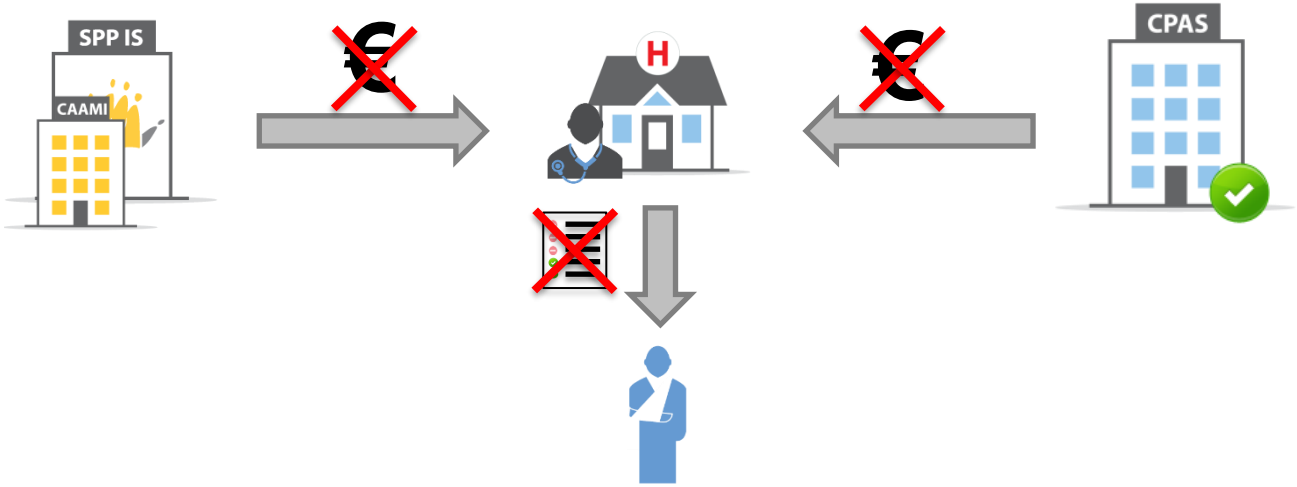
- Service social de l'hôpital:
  - Gère "pré-enquête sociale" durant hospitalisation
  - Informe CPAS compétent.
  - Prépare "fiche de liaison" ou "avis de prise en charge"
    - Contient l'information sur les soins donnés et l'identité de la personne.
    - Demande d'aide sociale

- Délai pour aviser les CPAS
  - Le prestataire de soins doit transmettre la demande d'aide sociale au CPAS dans un laps de temps le plus court possible.
  - **Maximum 15 jours.**

Prestataire de soins soigne et facture

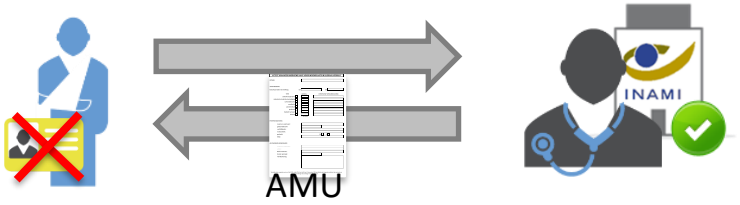
soins donnés

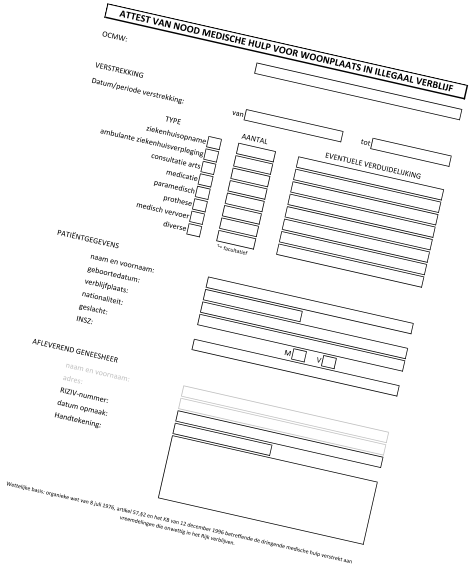
- Si prestataire de soins effectue prestations/modalités autres que celles autorisées
  - Risque de ne pas être payé
  - Prend contact avec CPAS compétent pour éventuellement adapter la décision



- Prestataire de soins consulte MediPrima pour obtenir un numéro d'engagement

Attestation d'Aide Médicale Urgente




ATTEST VAN NOOD MEDISCHE HULP VOOR WOONPLAATS IN ILLEGAAL VERBLIJF

OCMW:

VERSTREKKING

Datum/periode verstrekking: van tot

TYPE

ziekenhuisopname
ambulante ziekenhuisverpleging
consultatie arts
medicatie
paramedisch
prothese
medisch vervoer
diverse

AANTAL

EVENTUELE VERDUIDELIJKING

PATIËNTGEGEVENS

naam en voornaam:
geboortedatum:
verblijfplaats:
nationaliteit:
geslacht:
INSZ:

AFLEVEREND GENEESHEER

naam en voornaam:
adres:
RIZIV-nummer:
datum opmaak:
Handtekening:

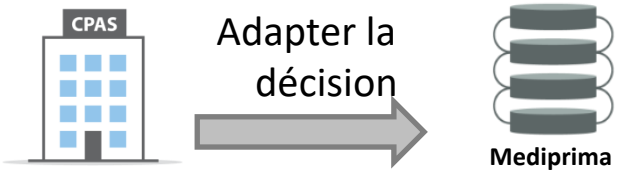
- Attestation AMU contient au minimum :
  - Date de la prestation;
  - Nom bénéficiaire;
  - Nom et signature médecin.
- Conservation
  - Doit être conservée (électroniquement) par prestataire de soins
  - Attestation est jointe à la facture et conservée par CPAS.
    - Pour prestations non-concernées par la phase 1 du projet

<u>Controles a posteriori par la CAAMI</u>
Sa présence et le contenu attestation AMU sera contrôlé(e) via échantillons

Prescription vers autre prestataire

- Patient peut se voir prescrire des soins qui ne sont pas inclus dans la couverture du CPAS auprès d'un autre prestataire.
  - Chaque prestataire doit posséder une attestation AMU

- CPAS doit éventuellement adapter la décision électronique



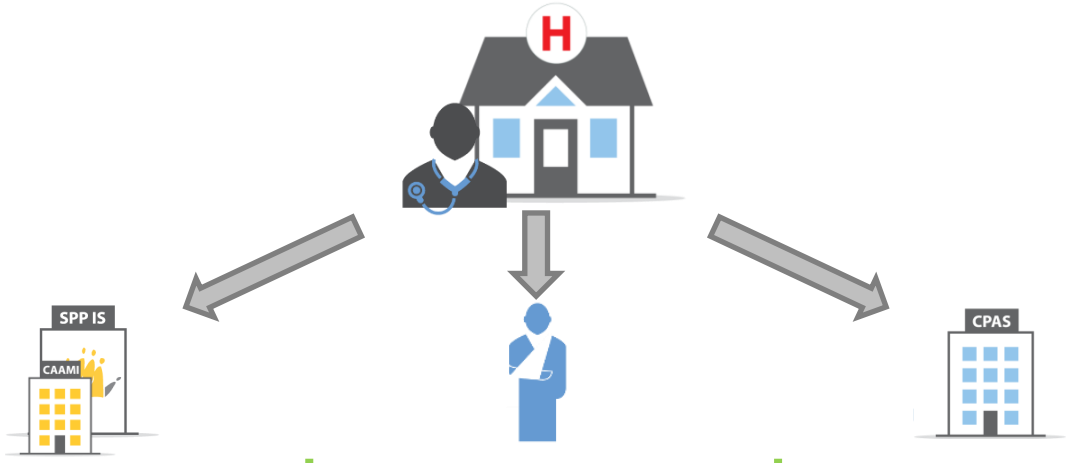
La facturation électronique à la CAAMI

- Basée sur :
  - Facturation INAMI
  - Document de référence CAAMI
    - Instructions aux établissements hospitaliers relatives à la facturation électronique des soins de santé relatifs à MediPrima – Phase 1

Le respect de ces instructions est impératif

Identification des **débiteurs**

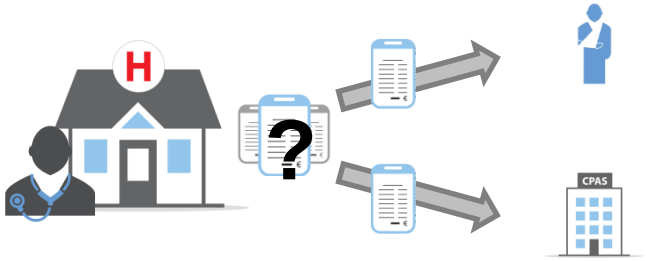
- Le prestataire de soins identifie les différents débiteurs :



facture	Part à charge du SPP IS	Part à charge du patient + suppléments À sa charge	Part à charge du CPAS

Identification des **débiteurs**

- Pas de distinction claire des frais à charge du CPAS et des frais à charge du patient?



- Règle générale :
  - Prestataire de soins facture montant complet au patient

  - S'il existe une convention avec CPAS, la facture est envoyé au CPAS

Envoi des factures électronique à la CAAMI

- Prestataire de soins transmet mensuellement à la CAAMI des fichiers de facturation via (My)Carenet

- Fichiers de facturation:
  - Sont distincts des envois de facturation relatifs aux assurés de la CAAMI
  - Contiennent décomptes mensuelles sur base de :
    - Numéro d'admission (hospitalisation)
    - Numéro d'ordre factures individuelles (prestations ambulatoires).

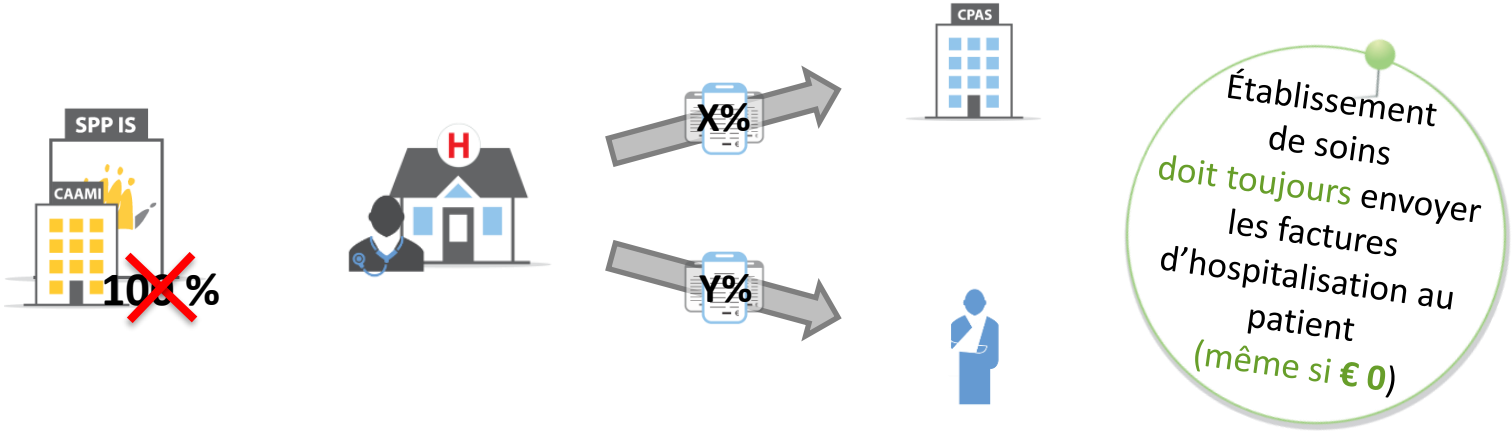
Aucune facture papier ne doit être adressée à la CAAMI.

Facturation via (My)CareNet

- Règles facturation support électronique sont d'application.
  - Headers différents messages (records 100, 200, 300)
  - Exception:
    - Zones 102 et 103: nouveau pseudocode OA (690) est remplis.
- Fichier de décomptes (920900):
  - Envoyé lorsque CAAMI effectue paiement pour SPP IS.
- Spécifications techniques:
  - Voir instructions facturations CAAMI

La facturation papier

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



- La facture patient et la facture CPAS comprennent:
  - Colonne montant pris en charge par SPP IS
  - Colonne avec quote-part patient (y compris suppléments)
  - Colonne montants des frais à charge CPAS
  - Colonne montants totaux

La facturation papier

Si CAAMI ne prend pas les frais à 100% en charge, il y a 3 possibilités:

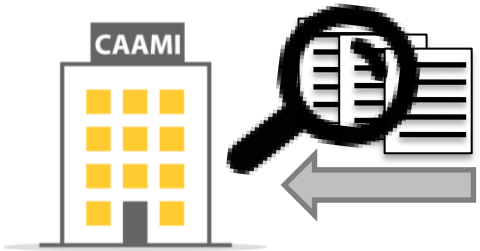
- Le CPAS n'intervient pas et ne prend rien en charge:

- Le CPAS intervient en prenant en charge le solde complet de la facture:

- Le CPAS intervient de manière partielle:

Traitement de la facturation par CAAMI

- A la réception fichier de facturation, CAAMI effectue des contrôles sur:

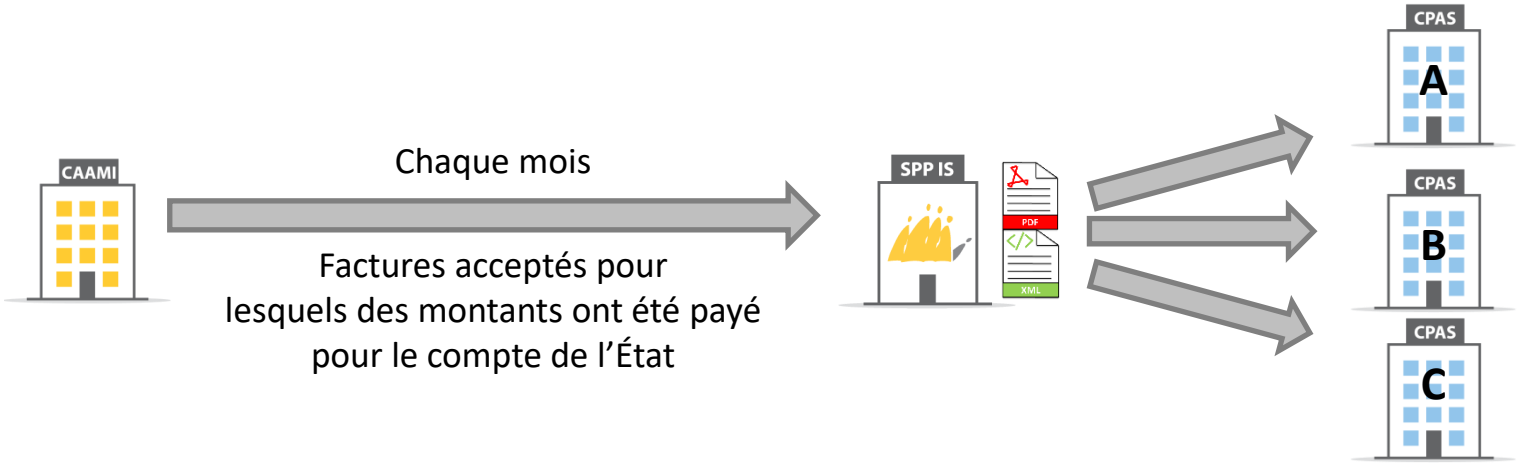


- Le patient:
- La période:
- Le flag “attestation AMU”
- Les types de soins
- <code> Le code couverture
- Le prestataire de soins
- Le numéro d’engagement de la garantie

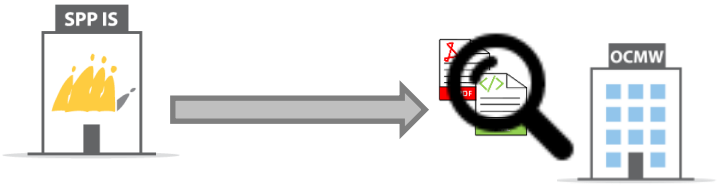
- Factures ou prestations rejetées devront obligatoirement être réintroduites après corrections dans un envoi de facturation électronique.

Décomptes

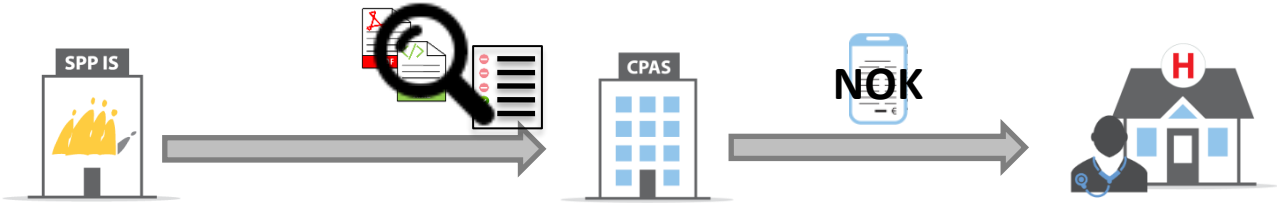
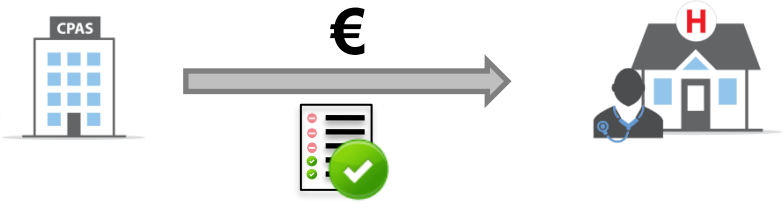
- Réalisation des décomptes mensuels pour SPP IS et CPAS



CPAS traite le solde de la facture



- Consultation du décompte par le CPAS
  - Fichiers de décompte traités dans le logiciel social du CPAS.
- Contrôle des décomptes et/ou des factures par le CPAS



- Paiement par le CPAS