CIRCULAIRE AUX HOPITAUX

date: 29 juillet 2013



|  |
| --- |
| **Projet MediPrima phase 1 – Instructions aux établissements hospitaliers relatives à la facturation électronique des soins de santé** |

Madame,

Monsieur,

**Introduction**

Depuis plusieurs années, tant les CPAS que les prestataires de soins sont demandeurs d’un mode de fonctionnement uniforme, rapide et simplifié en ce qui concerne les différentes interventions en matière d’aide médicale.

Pour pouvoir satisfaire ces souhaits, le SPP Intégration sociale (SPP IS), conjointement avec différents partenaires, a mis sur pied un projet en vue de simplifier le remboursement de l’aide médicale aux CPAS.

L’objectif était donc d’organiser une collaboration intensive entre tous les partenaires concernés afin de simplifier et d’accélérer le traitement des factures concernant les soins médicaux, pour les personnes qui bénéficient d’une prise en charge par le CPAS, mais aussi d’en améliorer le contrôle.

L’élément principal du projet est donc la création d’un système informatique

* permettant de gérer de manière automatisée et intégrée les engagements de prise en charge par les CPAS;
* permettant aux prestataires de soins de consulter les données stockées;
* permettant à la CAAMI de traiter de manière automatisée les factures des prestataires de soins;
* permettant de prévoir un remboursement automatisé de la CAAMI par le SPP Intégration sociale.

Les avantages du projet pris en compte sont les suivants:

* En général, l’utilisation d’une base de données centralisée procure déjà une série d’avantages:
  + Tout le monde peut bénéficier des mêmes données
  + Les abus éventuels peuvent être limités
  + Les informations nécessaires sont disponibles rapidement
  + Tous les partenaires savent immédiatement à qui les factures doivent être adressées
  + Il est impossible de payer une facture sans décision de prise en charge par un CPAS.
* Il existe aussi une série d’avantages spécifiques pour le CPAS:
  + Le nombre de factures médicales que le CPAS doit encore traiter lui-même va fortement diminuer.
  + Le CPAS peut faire contrôler des factures par un organisme spécialisé
  + Le CPAS ne doit plus payer d’avance sur la partie qui peut être mise à la charge de l’Etat
  + Le CPAS peut se concentrer sur son core business, c’est-à-dire mener des enquêtes sociales et prendre des décisions
  + Grâce à ce système unique de gestion et de paiement, l’intervention d’un CPAS est indispensable. L’occasion est ainsi donnée aux CPAS de mener une enquête sociale dans tous les cas
* Avantages liés à l’implication de la CAAMI dans le projet:
* Les factures/prestations sont contrôlées (sur la base de la nomenclature INAMI) par un organisme spécialisé
* Le contrôle aura lieu de manière automatisée et par conséquent, toutes les factures électroniques pourront être contrôlées (aujourd’hui, seul un échantillon est contrôlé par le service d’inspection du SPP Intégration sociale).
* Les attestations d’aide médicale urgente (à des illégaux) peuvent être contrôlées (a posteriori) par un médecin-conseil
* Avantages pour les prestataires de soins:
  + Ils sont informés plus rapidement sur les différentes décisions de prise en charge
  + Ils connaissent bien plus rapidement le CPAS compétent
  + Toutes les informations passent par un canal unique
  + La facturation passe par un point de contact unique

La première phase du projet mentionné ci-dessus est entrée en vigueur le 1er juin 2013. Cela signifie que depuis cette date les CPAS pilotes peuvent introduire leurs décisions dans la banque de données et que les hôpitaux pilotes peuvent consulter ces décisions électroniques.

Le remboursement d’un certain nombre de frais médicaux pour ces CPAS pilotes ne se fera donc plus par le circuit de remboursement classique ‘loi de 1965’. Le CPAS encodera directement sa décision dans une banque de données et la partie à charge de l’État sera payée directement par la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) au prestataire de soins.

Pour les autres CPAS, la première phase devra débuter le 1er octobre 2013. A partir de ce moment, les prestataires de soins consulteront aussi les décisions des CPAS.

Les prestataires de soins auront jusqu’au 1er janvier 2014 pour adopter le système en ce qui concerne la facturation électronique par le biais de la CAAMI.

Un nouveau mode de fonctionnement implique toutefois inévitablement un certain nombre d’adaptations. Le but de la présente circulaire est de communiquer, en plus d’une série d’informations générales, les instructions spécifiques pour la facturation de soins de santé dans le cadre de MediPrima.

**Nouveaux concepts**

La procédure modifiée de remboursement permet d’encoder deux types de décisions: une décision de principe et une garantie de prise en charge.

Les deux décisions constituent des décisions juridiques de CPAS à part entière, prises (par le Conseil ou par délégation) après avoir mené une enquête sociale.

Une décision de principe est une décision du CPAS où celui-ci reconnaît sa compétence et fait savoir que l’intéressé est dans le besoin. Néanmoins, aucune aide médicale spécifique n'est encore définie et il n’y a pas encore de délivrance d’engagement de paiement non plus lors de la consultation de cette décision.

Ceci explique par la même occasion la différence avec la garantie de prise en charge. Néanmoins, dans le cadre de ces décisions, une ou plusieurs formes spécifiques d’aide médicale sont définies et le prestataire de soins pourra également obtenir un numéro d’engagement de paiement lors de la consultation.

**Portée de la première phase**

Dans le cadre de la première phase, les frais médicaux seront ceux qui auront été engagés dans une institution de soins et facturés par celle-ci. Il s’agit donc tant d’hospitalisations que de soins ambulatoires.

Qu’entend-on par

* institution de soins = institution reconnue comme telle par l’Institut National d’Assurance Maladie-Invalidité (donc ayant un numéro INAMI)
* hospitalisation = au moins une nuitée[[1]](#footnote-1)
* soins ambulatoires = englobent à la fois des frais médicaux et des frais pharmaceutiques[[2]](#footnote-2)

Lors de cette première phase, le groupe cible sera en outre, pour les coûts susmentionnés, limité aux personnes dans le besoin qui n’ont pas d’assurance maladie couvrant les risques en Belgique et qui ne peuvent pas s’affilier à une mutuelle.

Les personnes de ce groupe cible feront essentiellement partie de l’une des catégories suivantes :

* les illégaux séjournant dans le Royaume
* les personnes ayant une procédure d’asile en cours et qui sont à charge d'un CPAS (ILA ou aide financière)
* les personnes disposant d’une demande d’autorisation de séjour recevable pour raisons médicales (appelée « 9ter »).

**Dispositions légales**

1. Loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS.

La loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d’accessibilité des soins de santé a modifié la loi du 2 avril 1965.

Un article 9ter y a été inséré afin d’ancrer la nouvelle procédure dans la loi.

Dans le paragraphe 5 de l’article précité, la CAAMI est chargée des contrôles et du remboursement des frais médicaux au nom de et pour le compte de l’Etat.

Il y est aussi mentionné que sur proposition du Comité de l’assurance de l’INAMI, le SPP IS précise les instructions en matière de facturation sur support électronique qui s’appliquent à la facturation.

Les dispositions y relatives (version 5.1) ont été approuvées par le Comité de l’assurance de l’INAMI le 17 juin 2013 (voir aussi ‘Facturation’).

Comme indiqué dans l’introduction, la première phase du projet MediPrima est entrée en vigueur le 1er juin 2013. C’est le cas pour tous les CPAS et toutes les institutions de soins qui répondent aux exigences techniques.

Le site web du SPP IS tient à jour une liste des institutions qui répondent déjà aux exigences.

Le 1er octobre 2013, néanmoins, tous les CPAS devront répondre aux exigences techniques et devront, par conséquent, obligatoirement appliquer la nouvelle procédure de remboursement pour les personnes dans le besoin en ce qui concerne la première phase.

A partir du 1er octobre 2013, les institutions de soins devront aussi consulter les décisions des CPAS pour voir si le CPAS ou l’Etat prend en charge des frais et si oui, lesquels, et pour obtenir un numéro d’engagement de paiement éventuel. Les institutions de soins qui n’ont pas (encore) procédé aux modernisations nécessaires pour permettre une telle consultation par le biais du système de gestion de la clientèle habituel peuvent utiliser une application web gratuite mise à disposition par le SPP IS.

Les prestataires de soins auront toutefois jusqu’au 1er janvier 2014 pour adopter le système en ce qui concerne la facturation électronique par le biais de la CAAMI.

**Facturation**

Les factures pour lesquelles il existe une prise en charge de l’Etat sont transmises électroniquement à la CAAMI par le prestataire de soins, en respectant la procédure ci-dessous. La CAAMI contrôle ces factures et paie au nom du SPP IS.

1. Procédure générale

Le tiers payant (prestataire de soins/institution) fournit chaque mois à la CAAMI un fichier de facturation avec les soins prestés dans le cadre de MediPrima. Aucune facture en format papier ne doit être envoyée à la CAAMI.

Il s’agira d’un dossier **distinct**, indépendant des envois concernant la facturation aux assurés de la CAAMI.

Le fichier de facturation comprend tous les décomptes d’un mois, sur la base du numéro d’admission en cas d’hospitalisation et du numéro d’ordre des factures individuelles dans le cas de prestations ambulatoires.

2. Processus de facturation

*2.1. Validité des envois de facturation*

Lorsqu’elle reçoit un fichier de facturation, la CAAMI vérifie s’il est acceptable.

Les fichiers de facturation sont transmis via CareNet ou MyCareNet.

Les dispositions décrites dans les instructions pour la facturation sur support électronique sont d’application.

*2.2. Responsabilités*

La tarification est effectuée par la CAAMI.

Toutes les questions relatives aux factures ou prestations rejetées, ainsi qu’aux paiements, peuvent être adressées au helpdesk ‘facturation électronique’ via l’adresse suivante: [**MediPrima@caami.fgov.be**](mailto:MediPrima@caami.fgov.be).

Le paiement des frais pris en charge par le SPP IS est effectué par la CAAMI.

*2.3. Contrôle des factures et rectifications*

Les factures ou prestations rejetées doivent à nouveau être ajoutées à un envoi électronique.

*2.4. En cas de facturation via Carenet/MyCareNet*

Les dispositions décrites dans les instructions pour la facturation sur support électronique sont d’application.

Les en-tête des différentes communications (records 100, 200, 300) sont établis conformément aux instructions (voir www.carenet.be), à l’exception des zones 102 et 103 où le nouveau pseudo-code (**690**) de l’institution de soins est introduit.

Si la CAAMI effectue un paiement pour le compte du SPP IS, un fichier de décompte (920900) sera envoyé.

3. Spécifications techniques

Les dispositions décrites dans les instructions pour la facturation sur support magnétique ou électronique sont d’application.

Le pseudo-code de l’institution d’assurance et de la mutualité d’affiliation pour les soins de santé dans le cadre de MediPrima est **690**.

4. Identification des patients

Les bénéficiaires d’un MediPrima sont identifiés à l’aide d’un numéro de registre national ou numéro BIS.

***Enregistrements de type 10 / R10***

Les dispositions décrites dans les instructions pour la facturation sur support magnétique ou électronique sont d’application.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zone** | **Contenu instructions normales** | **Longeur** | **Contenu instructions spécifiques** |
| 3 | Nombre numéros comptes financiers | 1 N | 0: Compte A  1: Le montant est scindé en compte financier A et compte financier B. |
| 31-34 | BIC compte financier A | 11 A |  |
| 36-41 | IBAN compte financier A | 34 A |  |
| 43a | BIC compte financier B | 11 A |  |
| 49-52 | IBAN compte financier B | 34 A |  |

***Enregistrements de type 20 / R20***

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zone** | **Contenu instructions normales** | **Longeur** | **Contenu instructions spécifiques** |
| 3 | Nombre numéros comptes financiers | 1 N | 0: Compte A  1: Le montant est scindé en compte financier A et compte financier B. |
| 31-34 | BIC compte financier A | 11 A |  |
| 36-41 | IBAN compte financier A | 34 A |  |
| 43a | BIC compte financier B | 11 A |  |
| 49-52 | IBAN compte financier B | 34 A |  |

Zones 4, 5, 6, 13, 22:

Dans le cas d’une hospitalisation, ces zones doivent être remplies,

même si aucun dossier d’hospitalisation via Carenet/MyCareNet, ou aucun dossier d’hospitalisation papier ne doit être introduit.

Dans le cas des prestations ambulatoires, ces zones sont remplies par des 0.

***Enregistrements de type 25 / R25***

Ci-dessous sont reprises les zones du nouvel enregistrement de type 25.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zone** | **Contenu instructions normales** | **Longeur** | **Contenu instructions spécifiques** |
| 1 | enregistrement | 2 N | 25 |
| 2 | N° d’ordre de l’enregistrement | 6 N |  |
| 7 | Numéro de mutuelle d’affiliation | 3 N | 690 |
| 8 | Numéro d’identification du bénéficiaire MediPrima | 13 A | NISS ou BIS |
| 9 | Code sexe bénéficiaire | 1 N |  |
| 12 | Code “Aide Médicale Urgente” | 1 N | 1 en cas d’aide médicale urgente ou 0 s’il ne s’agit pas d’aide médicale urgente. |
| 14 | N° de l’établissement qui facture | 12 N |  |
| 15 | N° établissement de séjour | 12 N |  |
| 18 | Numéro de mutualité de destination | 3 N | 690 |
| 24-25 | N° de la facture individuelle | 12 N |  |
| 27 | Code couverture | 10 N | Données reçues via base de donnée MediPrima |
| 28 | Référence de l’établissement | 25 A |  |
| 32 | Flag identification du bénéficiaire | 1N | Toujours 1 |
| 38 | N° BCE CPAS | 12 A | Données reçues via base de donnée MediPrima |
| 42-45 | Numéro d’engagement de paiement | 48 A | Données reçues via base de donnée MediPrima |
| 53 | Date début couverture | 8 N | Données reçues via base de donnée MediPrima |
| 54 | Date fin couverture | 8 N | Données reçues via base de donnée MediPrima |
| 55 | Date de la consultation de la DB MediPrima | 8 N | Données reçues via base de donnée MediPrima |
| 56-58 | Numero carte | 12 N | Données reçues via base de donnée MediPrima |
| 59 | Carte version | 6N | Données reçues via base de donnée MediPrima |
| 99 | Chiffre de contrôle du record | 2 N | Voir R10 Z99 des instructions |

Zones 4, 5, 6, 13, 22:

Dans le cas d’une hospitalisation, ces zones doivent être remplies,

même si aucun dossier d’hospitalisation via Carenet/MyCareNet, ou aucun dossier d’hospitalisation papier ne doit être introduit.

Dans le cas des prestations ambulatoires, ces zones sont remplies par des 0.

***Enregistrements de type 30 / R30***

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zone** | **Contenu instructions normales** | **Longeur** | **Contenu instructions spécifiques** |
| 4 | Pseudo-code journée d’entretien | 7 N | pseudo-codes prix de journée à 100%(\*) |
| 7 | Numéro de mutuelle d’affiliation | 3 N | 690 |
| 19 | Montant intervention AMI | 1 A + 11N | Montant à 100% |
| 27 | Quote-part personnelle | 1 A + 9 N | A remplir par des 0 |
| 30 | Montant supplément (partie 1) | 1 A + 1 N | A remplir par des 0 |
| 31 | Montant supplément (partie 2) | 8 N |
| 33 | Code intervention personnelle | 1 N | 1 |

(\*) Pseudo-code pour le prix de journée 100%:

Hôpitaux aigus: prix de journée 100% 0768504

Hôpital chirurgical de jour: prix de journée 100% 0768471 0768482

HG Services Sp autres que palliatifs: prix de journée 100% 0768460

HG Services Sp palliatifs: prix de journée 100% 0768445

Hôpitaux psychiatriques: prix de journée 100% 0768423

Centres pour brûlés: prix de journée 100% 0768401

***Enregistrements de type 40 / R40***

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zone** | **Contenu instructions normales** | **Longeur** | **Contenu instructions spécifiques** |
| 7 | Numéro de mutuelle d’affiliation | 3 N | 690 |
| 19 | Montant intervention AMI | 1 A + 11N | Montants à charge du SPP IS |
| 27 | Quote-part personnelle | 1 A + 9 N | Montants à charge du patient (Eventuellement QPP, médicaments non-remboursables, suppléments) \* |
| 30 | Montant supplément (partie 1) | 1 A + 1 N | Montants à charge du CPAS (Eventuellement QPP, médicaments non-remboursables, suppléments) \* |
| 31 | Montant supplément (partie 2) | 8 N |
| 33 | Code intervention personnelle | 1 N | 1 |

\* Si l’hôpital ne connaît pas l’intervention du CPAS pour les montants liés aux médicaments non remboursables dans le cadre de l’AMI, les montants à charge du patient sont repris dans la zone 27.

***Enregistrement de type 50 / R50***

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zone** | **Contenu instructions normales** | **Longeur** | **Contenu instructions spécifiques** |
| 7 | Numéro de mutuelle d’affiliation | 3 N | 690 |
| 19 | Montant intervention AMI | 1 A + 11N | Montants à charge du SPP IS |
| 27 | Quote-part personnelle | 1 A + 9 N | Montants à charge du patient (Eventuellement QPP, médicaments non-remboursables, suppléments) \* |
| 30 | Montant supplément (partie 1) | 1 A + 1 N | Montants à charge du CPAS (Eventuellement QPP, médicaments non-remboursables, suppléments) \* |
| 31 | Montant supplément (partie 2) | 8 N |
| 33 | Code intervention personnelle | 1 N | 1 |

\* Si l’hôpital ne connaît pas l’intervention du CPAS pour les montants liés aux prestations non remboursables dans le cadre de l’AMI ou pour des suppléments, les montants à charge du patient sont repris dans la zone 27.

***Enregistrement de type 80 / R80***

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zone** | **Contenu instructions normales** | **Longeur** | **Contenu instructions spécifiques** |
| 7 | Numéro de mutuelle d’affiliation | 3 N | 690 |
| 8 | Numéro d’identification du bénéficiaire MediPrima | 13 A | NISS ou BIS |
| 18 | Numéro de mutualité de destination | 3 N | 690 |

Chaque mois, la CAAMI enverra au SPP IS un fichier de décompte de toutes les factures individuelles, accompagné des montants réellement payés.

Lorsqu’un CPAS prend des coûts à sa charge - pour la partie où il n’y a pas d’intervention de l’État - la facturation par le prestataire de soins au moyen d'une facture papier est provisoirement maintenue.

Ceci n’empêche évidemment pas que les CPAS qui sont déjà prêts à fonctionner par factures électroniques concluent eux-mêmes des conventions en ce sens.

**Divers**

Afin de rationaliser au mieux le travail des CPAS, d’une part, et des prestataires de soins, d’autre part, plusieurs modèles de document ont été élaborés. L’utilisation de ces documents permet de créer une manière uniforme de travailler de manière à ce que les choses soient claires également pour tout le monde.

Les documents suivants – voir aussi en annexe – ont été élaborés:

1. ***Fiche de liaison (formulaire de référence confidentiel)***

L’hôpital se sert de ce document pour fournir au CPAS un certain nombre de renseignements généraux. Il est utilisé lorsque les soins ne sont pas urgents et lorsque la personne peut d’abord se rendre au CPAS.

1. ***Fiche d’enquête sociale (enquête sociale en cas de soins/d’admission d’urgence)***

L’hôpital se sert de ce document pour fournir au CPAS un certain nombre de renseignements de sa propre enquête sociale. Le CPAS peut poursuivre sur la base de ces renseignements. Ce document est utilisé lorsque la personne n’est pas en mesure de se rendre d’abord au CPAS.

1. ***Formulaire de prise en charge des frais médicaux***

Il s’agit d’un document qui peut être délivré à la personne dans le besoin qui ne dispose d’aucun document officiel mentionnant son numéro NISS. Étant donné que le numéro NISS est indispensable pour le prestataire de soins (en effet, sans NISS, il ne peut pas consulter la banque de données), ce modèle de document a été élaboré. Ce document ne contient par ailleurs aucune information concernant la décision prise par le CPAS!

1. ***Attestation d’aide médicale urgente pour le prestataire de soins***

Il s’agit d’une attestation que les prestataires de soins doivent utiliser lorsqu’il s’agit d’aide médicale pour une personne en séjour illégal dans le Royaume.

À titre d’information, je voudrais également indiquer qu’un manuel et une présentation PowerPoint pour les formations ont également été élaborés pour tous les utilisateurs. De plus, une liste a également été dressée d’un certain nombre de questions fréquemment posées, qui ont été mises en évidence pendant les travaux préparatoires.

Tous ces documents, ainsi qu’un certain nombre de documents techniques, sont disponibles sur notre site web (<http://www.mi-is.be/be-fr/e-government-et-applications-web/mediprima>).

Concrètement, il s’agit des documents suivants:

***Manuels***

* Manuel de test MediPrima destiné aux prestataires de soins et à leurs producteurs de logiciels
* Manuel de test MediPrima destiné aux CPAS et à leurs fournisseurs de logiciels
* MediPrima – Cookbook
* Manuel pour les CPAS et les prestataires de soins

***Présentations***

* MediPrima – Présentation service eHealth
* Présentation MediPrima

***QFP***

* Quelques questions en rapport avec MediPrima

***Documents techniques***

* Codes erreurs mediPrima
* MediPrima – Project Initiation Document
* MediPrima – Mapping R25
* MediPrima – Instructions facturation électronique
* MediPrima - WSDL eHealth
* Liste des Refundcodes SPP IS support
* MediPrima – Cookbook & TSS Webservice BCSS
* MediPrima – WSDL-XSD Webservice BCSS

Enfin, je peux aussi vous annoncer que des formations ont déjà débuté pour le secteur des CPAS. Ces formations sont dispensées par les fournisseurs de logiciels, avec le soutien des associations des villes et communes.

Le SPP IS et la CAAMI prévoient dans le courant du mois de septembre 2013 une présentation générale (NL + FR) destinée aux hôpitaux, avec le soutien logistique de la Confédération des institutions de soins. Les fabricants de logiciels se chargeront des formations liées à l’utilisation du programme informatique modifié.

Dans l’espoir que ces informations vous seront utiles, je vous prie d’agréer, Madame la Présidente, Monsieur le Président, l’expression de ma considération distinguée.

|  |  |
| --- | --- |
| La Vice-Première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, | La Secrétaire d’Etat à l’Asile et la Migration, à l’Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté, |
|  |  |
| Laurette Onkelinkx | Maggie De Block |

1. Un séjour en hôpital de jour est donc considéré ici comme des soins ambulatoires. [↑](#footnote-ref-1)
2. Supposons que lors d’une consultation à l’hôpital un médicament est prescrit et que ce médicament soit acheté en dehors de l’hôpital dans une pharmacie, les soins ambulatoires se limiteront à la consultation du médecin. [↑](#footnote-ref-2)