



LES NOUVEAUTÉS DE MEDIPRIMA ET LA SOLUTION DE VOTRE FOURNISSEUR IT

Séance d'information



FÉDÉRATION DES CPAS BRUXELLOIS
FEDERATIE VAN BRUSSELE OCMW'S

BRULOCALIS ASSOCIATION PELLE & COMMUNES DE BRUXELLES
VERBODING TIAK AL REKENEN VAN BRUSSEL

05/02/2018
Christian LEJOUR



RÉFÉRENCES

- Article 9ter de la loi du 02.04.1965 – Mediprima
- AR du 12.12.1996 – attestation AMU
- Circ. 27.09.2013 – présentation de Mediprima
- AM du 05.11.2013 – modalités d'encodage
- AR du 18.02.2014 – contrôle des frais dans le cadre de l'article 9ter
- AR du 02.10.2017 – extension du champ d'application de l'article 9ter
- Circ. du 22.12.2017 – projet Mediprima – adaptation et extension

2



OBJECTIFS

- Décharger les CPAS des tâches administratives liées à une expertise « OA »
- Organiser et simplifier, voire harmoniser, l'organisation entre tous les partenaires concernés par le traitement des factures médicales et pharmaceutiques
- Centrer le travail du CPAS sur :
 - Constat de l'état d'indigence
 - Prise en charge en fonction de sa politique sociale

3



PHASAGE

- Phase 1 :
 - Frais dans un établissements de soins
 - Hospitalisation
 - Soins ambulatoires
 - Personnes non assurées et non assurables
 - Illégaux
 - 9ter recevables
 - Demandeurs d'asile en aide financière ou ILA
 - Certaines personnes radiées
 - Certains européens séjour < 3 mois

4



PHASAGE

- Phase 2 : autres dispensateurs de soins
 - A. Médecins généralistes
 - B. Pharmacies
 - C. ...
- Phase 3 : personnes assurées ou assurables

5



QUELQUES NOTIONS

- Base de données Mediprima (SmaIS)
- Base de données Novaprima (SPP IS)
- Sincrho – les conventions IRIS-CPAS
- AMI, assurabilité, OA
- Aide sociale, couverture, CAAMI, résiduaire
- Part AMI – part patient (TM) – suppléments
- Décomptes mensuels de la CAAMI
- Factures des établissements de soins
- Refund-codes = RFC

6



DÉCISION – GARANTIE - FORMULAIRE

- Décision d'octroi d'aide
- Notification à l'utilisateur
- Formulaires A/B1/B2 et D1/D2 (Novaprima)
- Décision électronique – DE (Mediprima) :
 - Sans garantie de prise en charge = décision de principe (DP)
 - Avec garantie de prise en charge (GPC)
- Numéro de décision et Numéro de version
- Numéro d'engagement

7



DÉCISION DE PRINCIPE (DP) ?

- Art. 2 de l'AM Mediprima
- Circ. 27.09.2013 : décision juridique prise par le CPAS après enquête sociale reconnaissant sa compétence et l'état d'indigence de l'utilisateur
- Une DP n'est de prise en charge
- Raisons de créer une DP :
 - Délai de 45 jours ;
 - Identification CPAS compétent qui a pris la décision;
 - « Bloquage » de toute autre DE d'un autre CPAS

8



DÉCISION DE PRINCIPE (DP)

- Données :
 - NISS (=n° RN ou n° bis)
 - période de validité de la DE (max. 1 an)
 - date de la décision du comité (ou délégation)
 - flag « revenus supérieurs ou égaux au RIS »
 - flag « décision judiciaire » → également pour une décision du service conflit de compétence en retard !
 - flag « hors remboursement par l'Etat »
- Rem : facturation par établissements au-delà des 2 ans si condamnation → prendre contact avec le SPP IS

9




GARANTIE DE PRISE EN CHARGE (GPC)

- Art. 3 de l'AM Mediprima
- GPC = DP avec
 - + Au min. 1 des 8 types de prestations activé :
 - Hospitalisation
 - Soins hospitaliers ambulatoires
 - Médecin traitant

Phases ultérieures

- Frais pharmaceutiques (officines)
- Paramédical (psycho, kiné, etc)
- Prothèses
- Transport médical
- Prestations diverses

10




GPC HOSPI / AMBU HÔPITAL (NEW)

- Durée de la validité (max. 1 an // si PSI, max. 92 j)
- Prise en charge par le CPAS (Tout – partiel – rien) pour la part AMI, le TM, les suppléments
 - Si partielle, le CPAS doit spécifier le montant maximum (pour établissements de soins : montant / mois)
- Liste limitative: n° INAMI dispensateur (contrôlé par CAAMI) et service (pas contrôlé)
- Si tout ou partiellement pris en charge par le CPAS - Optionnel:
 - Convention : O/N – NEW
 - Prescription médicale : O/N – NEW
 - Description des suppléments : par catégories – voir document avec pseudocodes (annexe)

!!! JAMAIS DE DONNÉES À CARACTÈRE MÉDICAL !!!

11




CONTRÔLES PAR MEDIPRIMA

- Statut de séjour pas phase 1 → rejet
- Durée de validité de la DP trop longue (> 1 an) → rejet
- Durée de validité ou de prolongation de la GPC trop longue (>1 an // si PSI, > 92 j) → rejet
- Période chevauchante → rejet + code du CPAS
- Durée rétroactivité vāv date de décision de la DE (> 45 j) → rejet
- Statut de séjour+flag → % prise en charge par Etat (RFC)
- Si hospitalisation activée et si période ambulatoire < période hospitalisation → rejet (NEW)
- Contrôles en ligne par le SPP IS sur les
 - données registres → cf. statut de séjour
 - données OA → rejet si assuré

12



N° D'ENGAGEMENT

- Fourni si une GPC existe pour la période
- N° repris sur la facture, mais pas obligatoire
- Au min. une consultation par admission

13



FORMULAIRE D'INFORMATION - NEW

- = carte physique + photo du titulaire
- Délivrance par le CPAS que si DE envoyée
- Au min. 1 formulaire par personne majeure ou mineure émancipée
- « Titulaire » du formulaire
= porteur du formulaire
≠ titulaire dans le cadre de l'AMI
- NEW : date de naissance + genre

14



LES RÈGLES DE BASES

1. L'AMI prime sur l'aide sociale
2. La prise en charge par l'Etat prime sur celle du CPAS
3. Pas de GPC → pas de prise en charge par l'Etat
4. Envoi de la DE au plus tard lors de la communication de la décision à l'utilisateur (contrôle ex post par le service inspection)
5. Prise en charge par l'Etat si la date de début de l'aide au plus tôt 45 jours avant la date de décision (exc. décision judiciaire, conflit de compétence)
6. Une DE par bénéficiaire à un moment

15



LES RÈGLES DE BASES

7. Au minimum, un formulaire d'information concernant l'aide médicale par personne majeure ou mineure émancipée
8. La durée max. de validité d'une DE est de 12 mois
9. La durée max. de validité d'une (prolongation d'une) GPC est de 92 jours pour les PSI
10. Seul le CPAS ayant créé la DE a le droit de la modifier
11. Un arrêt d'une DE (\neq que retrait form. B1/2) dont la date de fin = jour-même prend effet le lendemain
12. Une modification d'une DE prend effet le jour-même

16



LES RÈGLES DE BASES

13. La date de fin de validité d'une DE ne peut pas être raccourci rétroactivement
14. Une GPC ne peut pas être réduite rétroactivement
15. Une DE ne peut pas contenir plusieurs périodes de GPC pour une catégorie de prestations
16. Un n° d'engagement offre une garantie de paiement de 30 jours au dispensateur de soins par la CAAMI
17. Le dispensateur garde l'attestation AMU pour les soins prévus à l'article 9ter
18. Toute mutation réduisant la prise en charge par l'Etat suspend une DE

17



PHASE 2A - MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- AR du 02.10.2017
- Extension de Mediprima pour les frais de prestations des médecins généralistes – MG (art. 1er)
- CPAS doit appliquer la procédure prévue à l'article 9ter (art. 2, §1er) si :
 - le MG a la capacité de facturer électroniquement à la CAAMI et
 - le MG a la volonté d'employer cette procédure.

18



PHASE 2A - MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- Si MG a choisi cette procédure → toujours Mediprima pour ce MG, plus possible via les formulaires B1 / D1 (art. 2, §2)
- Mediprima obligatoire pour les MG quand la facturation électronique du tiers payant sera obligatoire (période de 2 ans quand une date d'entrée en vigueur sera fixée). (art. 3)

Connaître quels MG ont choisi : <https://www.mis.be/fr/outils-cpas/mediprima>
Actuellement aucun

19



ATTESTATION AMU

- AR du 12.12.1996
- Si AMU, nécessité d'une attestation AMU délivrée par un médecin agréé :
 - si frais via le CPAS (art. 9, §1^{er}), alors le CPAS doit être en possession de l'attestation
 - si frais via la CAAMI (art. 9ter), alors le MG garde l'attestation AMU pour ces prestations (dans la circulaire, mais attente modification AR)
 - mais si frais via CPAS prescrits par le MG, alors le MG délivre l'attestation AMU originale au patient ou au CPAS en gardant une copie, soit il délivre une 2^{ème} attestation AMU (ex. médicaments, kiné, etc)

20



GPC MÉDECIN TRAITANT

- Durée de la validité
- Prise en charge par le CPAS (Tout – partiel – rien) pour la part AMI, le TM, les suppléments
 - Si partielle, le CPAS doit spécifier le montant maximum
- Liste limitative: n° INAMI dispensateur (contrôlé par CAAMI)
- Si tout ou partiellement pris en charge par le CPAS - Optionnel :
 - Convention : O/N – NEW
 - Prescription médicale : O/N – NEW
 - Description des suppléments :
 - par catégories – voir document avec pseudocodes (annexe)

21



FUTUR ?

- Modification de la loi du 02.04.1965 ?
 - Nouvelle règle de compétence
 - Nouveau délai de forclusion pour l'art. 9ter
 - Sanction pour le CPAS dans le cadre de l'art. 9ter
- AR sur le statut du médecin-contrôleur de la CAAMI
- AR sur les contrôles par le médecin-contrôleur de la CAAMI
- Attestation AMU électronique – objectif 06/2018

22



FUTUR ?

- Recip-e – objectif 06/2018
 - comment ouvrir des prises en charge sans copie de l'ordonnance ?
 - comment contrôler les factures des pharmacies sans copie de l'ordonnance ?
- Extension de Mediprima aux pharmacies – objectif dernier trimestre 2018
- Nouvelle convention IRIS – CPAS ?
- Nouveau SINCRHO ?

23



EN CAS DE PROBLÈME ?

- Si un problème de bon fonctionnement de votre application : contacter le fournisseur IT
- Si un problème de métier : contacter le SPP IS
 - mél : question@mi-is.be – Tél : 02/508.85.86
- Tout autre problème lié aux échanges via le réseau : contacter le Helpdesk de la SmalS
 - mél : ocmw-cpas@smals.be – Tél 02/787.58.28.
- Sur un problème entre CPAS : personnes de contact dans les CPAS bruxellois:
 - http://www.brulocalis.be/documents/documents/cpas/contact_bcscs.pdf

24



Traçage des envois
→ n° de ticket

Demander à votre fournisseur IT
comment l'obtenir

25



PLUS D'INFO SUR LE SITE DU SPP IS

> <https://www.mi-is/fr/outils-cpas/mediprima>
dans l'onglet « document »

- RFC – Refund codes
- Manuel
- FAQ
- Modèles de document (annexes)
- Etc

+ Réglementations

26

**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION**



En annexe : nouvelles dispositions légales et réglementaires



FÉDÉRATION DES CPAS BRUXELLOIS
FEDERATIE VAN BRUSSELE OCMW'S
BRULOCALIS ASSOCIATION VILLE & COMMUNES DE BRUXELLES
VERBAND STAD & GEMEENTEN VAN BRUSSEL

Christian Lejour
Conseiller
christian.lejour@brulocalis.brussels
www.brulocalis.brussels

SERVICE PUBLIC FEDERAL ECONOMIE,
P.M.E., CLASSES MOYENNES ET ENERGIE

[C – 2017/13562]

29 SEPTEMBRE 2017. — Arrêté ministériel de reconnaissance de la ville d'Ypres comme centre touristique en exécution de l'arrêté royal du 16 juin 2009 exécutant l'article 17, deuxième alinéa, de la loi du 10 novembre 2006 relative aux heures d'ouverture dans le commerce, l'artisanat et les services

Le Ministre des Indépendants et des P.M.E.,

Vu la loi du 10 novembre 2006 relative aux heures d'ouverture dans le commerce, l'artisanat et les services, l'article 17, deuxième alinéa;

Vu l'arrêté royal du 16 juin 2009 exécutant l'article 17, deuxième alinéa, de la loi du 10 novembre 2006 relative aux heures d'ouverture dans le commerce, l'artisanat et les services;

Vu la demande de reconnaissance, comme centre touristique, datée du 20 juin 2017, introduite par la ville d'Ypres via un envoi recommandé reçu le 19 juillet 2017.

Vu que cette demande de reconnaissance a été déclarée complète le 3 août 2017;

Vu l'avis conforme favorable de la Région flamande, donné le 15 septembre 2017, en application de l'article 6, § 6bis, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles;

Considérant l'avis de « Toerisme Vlaanderen » du 30 août 2017 par lequel il est démontré que la ville d'Ypres satisfait aux trois critères énumérés dans l'article 2 de l'arrêté royal du 16 juin 2009 précité;

Considérant que la ville d'Ypres apporte la preuve que l'accueil touristique est assuré par un organisme agréé par «Toerisme Vlaanderen», à savoir «Het bezoekerscentrum voor Ieper en de Westhoek»;

Considérant que le dossier introduit démontre que le tourisme est d'une importance primordiale pour l'économie de la ville d'Ypres et qu'il y a une affluence de touristes qui y séjournent ou y sont de passage en raison de l'existence d'attractions touristiques;

Considérant la renommée et l'attractivité internationale de la ville d'Ypres comme lieu de mémoire de la première guerre mondiale,

Arrête :

Article unique. La ville d'Ypres est reconnue comme centre touristique.

Bruxelles, le 29 septembre 2017.

D. DUCARME

FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE,
K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE

[C – 2017/13562]

29 SEPTEMBER 2017. — Ministerieel besluit tot erkenning van de stad Ieper als toeristisch centrum in uitvoering van het koninklijk besluit van 16 juni 2009 tot uitvoering van artikel 17, tweede lid, van de wet van 10 november 2006 betreffende de openingsuren in handel, ambacht en dienstverlening

De Minister van Zelfstandigen en K.M.O.'s,

Gelet op de wet van 10 november 2006 betreffende de openingsuren in handel, ambacht en dienstverlening, artikel 17, tweede lid;

Gelet op het koninklijk besluit van 16 juni 2009 tot uitvoering van artikel 17, tweede lid, van de wet van 10 november 2006 betreffende de openingsuren in handel, ambacht en dienstverlening;

Gelet op de erkenningsaanvraag ingediend door de stad Ieper gedateerd op 20 juni 2017, ontvangen op 19 juli 2017 en volledig verklaard op 3 augustus 2017;

Gelet op de volledig verklaring van de erkenningsaanvraag op 3 augustus 2017;

Gelet op het eensluidend gunstig advies van het Vlaamse Gewest, gegeven op 15 september 2017, in toepassing van artikel 6, § 6bis, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen;

Overwegende het advies van Toerisme Vlaanderen van 30 augustus 2017 dat aantoonde dat de stad Ieper aan de drie criteria opgesomd in artikel 2 van voornoemd koninklijk besluit van 16 juni 2009 voldoet;

Overwegende dat de stad Ieper bewijst dat het toeristisch onthaal verzekerd wordt door een instelling die erkend is door «Toerisme Vlaanderen», namelijk « Het bezoekerscentrum voor Ieper en de Westhoek»;

Overwegende dat uit het ingediende dossier blijkt dat het toerisme van essentieel belang is voor de economie van de stad Ieper en dat er een toevloed van toeristen is die er verblijven of er voorbij komen wegens het bestaan van toeristische attracties;

Overwegende de internationale bekendheid en aantrekkelijkheid van de stad Ieper als plaats ter herinnering van de eerste wereldoorlog,

Besluit :

Enig artikel. De stad Ieper wordt erkend als toeristisch centrum.

Brussel, 29 september 2017.

D. DUCARME

SERVICE PUBLIC FEDERAL
DE PROGRAMMATION INTEGRATION SOCIALE,
LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET ECONOMIE SOCIALE

[C – 2017/13552]

2 OCTOBRE 2017. — Arrêté royal étendant le champ d'application de l'article 9ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale

PHILIPPE, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale, l'article 9ter, § 1, alinéa 2, inséré par la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé;

Vu l'article 108 de la Constitution;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 8 juin 2017;

Vu l'accord du Ministre du Budget du 13 juillet 2017;

PROGRAMMATORISCHE FEDERALE OVERHEIDSDIENST
MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE,
ARMOEDEBESTRIJDING EN SOCIALE ECONOMIE

[C – 2017/13552]

2 OKTOBER 2017. — Koninklijk besluit tot uitbreiding van het toepassingsgebied van artikel 9ter van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn

FILIP, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, artikel 9ter, § 1, tweede lid, ingevoegd bij de wet van 27 december 2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg;

Gelet op artikel 108 van de Grondwet;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 8 juni 2017;

Gelet op het akkoord van de Minister van Begroting van 13 juli 2017;

Vu l'analyse d'impact réglementaire réalisée conformément aux articles 6 et 7 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification administrative;

Vu l'avis 61.987/1/V du Conseil d'Etat, donné le 4 septembre 2017, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition du Ministre des Classes moyennes, des Indépendants, des PME, de l'Agriculture, et de l'Intégration sociale et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Le champ d'application de l'article 9^{ter} de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale est étendu à l'aide médicale octroyée par des médecins généralistes.

Art. 2. § 1. Le centre public d'action sociale doit, lorsqu'il prend une décision concernant l'aide médicale qui sera octroyée par un médecin généraliste, appliquer la procédure prévue à l'article 9^{ter} de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale pour autant que les conditions cumulatives suivantes soient réunies :

1) le médecin généraliste doit avoir techniquement la possibilité de facturer électroniquement à la caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité;

2) la volonté du médecin généraliste d'employer cette procédure.

§ 2. Lorsque le médecin généraliste a consenti à utiliser cette procédure avec le centre public d'action sociale, toutes les nouvelles décisions prises par ce centre public d'action sociale concernant l'aide médicale octroyée par ce médecin devront suivre cette même procédure. Le centre public d'action sociale ne pourra dans ce cas plus introduire de décisions concernant l'aide médicale octroyée par ce médecin généraliste par l'intermédiaire de la procédure prévue par l'article 9 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale.

Art. 3. A partir du jour où l'obligation faite aux médecins généralistes de facturer électroniquement aux organismes assureurs en application de l'article 53, § 1^{er}, alinéas 2, 3 et 4 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est effective, les centres publics d'action sociale devront appliquer la procédure prévue par l'article 9^{ter} de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale lorsqu'ils prendront une décision concernant l'aide médicale qui pourra être octroyée par un médecin généraliste.

Art. 4. Cet arrêté produit ses effets le premier octobre 2017.

Art. 5. Le ministre qui a l'Intégration sociale dans ses attributions, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 2 octobre 2017.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Classes moyennes, des Indépendants, des P.M.E., de l'Agriculture et de l'Intégration sociale,

D. DUCARME

Gelet op de regelgevingsimpactanalyse, uitgevoerd overeenkomstig de artikelen 6 en 7 van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging;

Gelet op het advies 61.987/1/V van de Raad van State, gegeven op 4 september 2017, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van Onze Minister voor Middenstand, Zelfstandigen, KMO's, Landbouw en Maatschappelijke Integratie en op het advies van de in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Het toepassingsgebied van artikel 9^{ter} van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt uitgebreid tot de medische hulp verstrekt door de huisartsen.

Art. 2. § 1. Wanneer het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn een beslissing neemt over de medische hulp die door een huisarts zal worden toegekend, moet het de procedure toepassen voorzien in artikel 9^{ter} van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, voor zover cumulatief aan de volgende voorwaarden is voldaan :

1) de huisarts moet in de technische mogelijkheid verkeren elektronisch te factureren aan de hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsuitkering;

2) de huisarts wenst deze procedure te gebruiken.

§ 2. Wanneer de huisarts heeft toegestemd om deze procedure met het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn te gebruiken, zullen alle nieuwe door het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn genomen beslissingen betreffende de door deze huisarts verleende medische hulp, volgens diezelfde procedure moeten verlopen. Het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn zal in dat geval geen beslissingen meer kunnen invoeren inzake de door deze huisarts verleende medische hulp door middel van de procedure voorzien bij artikel 9 van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

Art. 3. Vanaf de dag waarop de verplichting voor de huisartsen om elektronisch aan de verzekeringsinstellingen te factureren in toepassing van artikel 53, § 1, leden 2, 3 en 4 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, effectief is, zullen de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, wanneer zij een beslissing nemen over de medische hulp die door een huisarts kan worden verleend, de procedure moeten toepassen voorzien bij artikel 9^{ter} van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

Art. 4. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 oktober 2017.

Art. 5. De minister bevoegd voor Maatschappelijke Integratie is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 2 oktober 2017.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Middenstand, Zelfstandigen, K.M.O.'s, Landbouw en Maatschappelijke Integratie,

D. DUCARME

**Le Ministre des Classes moyennes, des Indépendants,
des PME, de l'Agriculture et de l'Intégration sociale**



CIRCULAIRE à Mesdames les Présidentes et
Messieurs les Présidents des centres publics
d'action sociale

Date : **22 DEC. 2017**

Projet MediPrima – adaptation et extension

Madame,
Monsieur,

Introduction

Depuis juin 2014, la première phase du projet MediPrima est totalement opérationnelle. Pour rappel, cette phase concerne la prise en charge de toutes les factures des établissements de soins relatives aux personnes qui ne bénéficient pas d'une assurance maladie-invalidité et qui ne peuvent s'inscrire auprès d'une mutuelle en Belgique.

D'une part, des adaptations ont été réalisées pour améliorer cette première phase et en faciliter l'usage par les différents intervenants. D'autre part, une deuxième phase du projet étend MediPrima aux médecins généralistes.

L'objectif de cette circulaire est donc de préciser les améliorations de la première phase et aussi de présenter la deuxième phase de MediPrima.

Adaptations de la phase 1

Sur base des concertations avec les différents utilisateurs de MediPrima, quatre adaptations ont pu être réalisées. D'autres adaptations sont également prévues à l'avenir mais feront l'objet d'une communication une fois qu'elles seront effectives.

1. Structuration des commentaires en texte libre

Aujourd'hui, lorsqu'un CPAS prend partiellement en charge certains frais en matière de ticket modérateur ou de supplément¹, il peut préciser au dispensateur de soins les conditions de cette prise en charge en utilisant des champs commentaires. Ces zones de texte libre sont inadéquates pour un traitement automatique et donc difficilement exploitables par les prestataires. Par conséquent, ces champs vont disparaître pour être remplacés par les cinq zones structurées suivantes :

1. "Convention"

Le CPAS signale l'existence d'une convention conclue avec le dispensateur de soins. Les conditions de cette convention ne sont applicables que pour les parties qui l'ont signée. S'il n'y a pas de convention, les autres conditions reprises dans les zones structurées qui suivent sont applicables à tous les dispensateurs de soins.

2. "Attestation médicale"

Le CPAS conditionne son remboursement à l'existence d'une prescription médicale. Cette condition est notée sous la forme « Prescription obligatoire (oui/non) ».

3. "Montant maximum ticket modérateur"

Le CPAS limite la prise en charge du ticket modérateur à un montant maximum. Le montant maximum mentionné est valable par hôpital et par mois de facturation.

4. "Montant maximum suppléments"

Le CPAS limite la prise en charge des suppléments à un montant maximum. Le montant maximum mentionné est valable par hôpital et par mois de facturation.

5. "Suppléments"

Le CPAS précise les suppléments qu'il prend en charge dans une liste de soins regroupés en grandes catégories. Il s'agit ici de suppléments tant pour des prestations prises partiellement en charge par l'INAMI, que pour des prestations qui ne sont jamais prises en charge par l'INAMI. La liste des suppléments admis (liste des pseudocodes) est consultable sur le site web du SPP Intégration sociale (<http://www.mi-is.be/fr/outils-cpas/mediprima>).

Si leur logiciel a été adapté, les CPAS peuvent déjà utiliser ces nouvelles zones structurées à partir du 16 octobre 2017. Les CPAS dont le logiciel ne le permet pas, peuvent encore utiliser la zone de texte libre jusqu'au 31 janvier 2018. L'utilisation des zones structurées sera **obligatoire** à partir du 1^e février 2018. A cette date, les commentaires en zone de texte libre ne seront plus accessibles et tous les logiciels devront avoir été adaptés en production.

Lors du passage définitif vers les zones structurées, le CPAS aura 3 possibilités :

- Soit il ne fait rien : les décisions en cours restent actives mais les commentaires en texte libre ne seront plus lisibles - et certainement plus après le 31 janvier 2018 - pour les prestataires de soins qui ont adapté leur logiciel ;
- Soit il adapte les décisions en cours en traduisant les commentaires textuels existants en un ou plusieurs commentaires structurés ou en en ajoutant de nouveaux ;

¹ Une intervention partielle est uniquement possible pour la partie que le CPAS prend lui-même en charge, jamais pour la partie à charge de l'Etat.

- Soit encore il arrête la décision en cours et en crée une nouvelle en utilisant cette fois les commentaires structurés si besoin est.

Les CPAS ont donc le temps de la période transitoire du 16 octobre 2017 au 31 janvier 2018 pour revoir, adapter ou convertir leurs commentaires libres en commentaires structurés.

Par ailleurs, ils ont avantage à s'entendre avec l'hôpital ou les hôpitaux avec lesquels ils travaillent habituellement pour assurer ensemble une transition la plus harmonieuse possible vers le nouveau système.

En utilisant le nouveau format MediPrima avec les commentaires structurés, le CPAS peut encore lire les commentaires en zone de texte libre, mais il ne peut plus les modifier. En cas de doute, il peut demander à son fournisseur informatique de lui fournir la liste des décisions MediPrima avec ses commentaires.

Du côté des hôpitaux, l'adaptation de leur logiciel se fait aussi progressivement : il y a donc une phase transitoire qui a également des répercussions sur la consultation des commentaires. Ainsi, les hôpitaux continuent à voir les commentaires en zone de texte libre tant que leur logiciel n'est pas adapté. A partir du moment où cette adaptation est réalisée, les hôpitaux ne voient plus que les seuls commentaires repris dans les zones structurées. Il est donc important qu'il y ait une concertation entre CPAS et hôpitaux.

2. Associer le volet "soins ambulatoires" au volet "hospitalisation"

Lorsqu'une personne est hospitalisée, l'hôpital doit pratiquement systématiquement aussi fournir et facturer des prestations qui relèvent des "soins ambulatoires". Trop souvent les CPAS limitent leur couverture au volet "hospitalisation" ; ils obligent alors l'hôpital à faire des démarches administratives afin d'obtenir une couverture pour ces autres prestations non couvertes par leur première décision.

Désormais, les volets "hospitalisation" et "soins ambulatoires" sont associés. Le CPAS est ainsi obligé de créer une couverture "soins ambulatoires" lors de l'activation d'une couverture "hospitalisation". Ces deux couvertures doivent alors avoir au moins la même durée et habiliter les mêmes dispensateurs de soins.

Actuellement, il y a déjà un avertissement sous forme d'un message envoyé lorsqu'une couverture "hospitalisation" est octroyée sans couverture "soins ambulatoires". A partir du 1^{er} février 2018, ce message deviendra bloquant pour obliger le CPAS à créer les deux volets simultanément.

La création d'une couverture "soins ambulatoires" sans couverture "hospitalisation" restera toutefois possible.

3. Adaptation du formulaire d'information concernant l'aide médicale

Le modèle de fiche d'identification du demandeur d'aide a été adapté : Il est ainsi possible à présent de compléter la date de naissance et le sexe. Le nouveau modèle figure sur le site web du SPP Intégration sociale (<http://www.mi-is.be/fr/outils-cpas/mediprima>).

4. Changement de NISS

Désormais, lorsque l'hôpital consultera MediPrima, tout changement de NISS lui sera communiqué sous forme d'un message mentionnant d'une part l'ancien numéro et d'autre part le nouveau NISS.

Extension (phase 2a)

Comme annoncé dès le début du projet, la phase 1 de MediPrima n'était qu'une étape vers la généralisation du nouveau système de remboursement à l'ensemble des prestations médicales des usagers des CPAS. Dans la phase 2, le bénéfice de l'accès à MediPrima a été étendu aux médecins généralistes à partir du 1^e octobre 2017. Cette évolution a été encadrée par un changement législatif².

Une ouverture progressive :

Les premiers à entrer dans MediPrima sont les médecins généralistes et les fournisseurs informatiques pilotes qui ont été associés aux travaux préparatoires de cette nouvelle phase. L'ouverture de MediPrima aux autres médecins généralistes via leurs fournisseurs informatiques sera progressive et s'effectuera sur base volontaire, dépendant de la capacité des prestataires concernés à établir des factures électroniques.

Pour éviter tout risque de double facturation, une fois qu'il aura intégré MediPrima, le médecin généraliste devra obligatoirement continuer à utiliser le système pour introduire ses demandes de remboursement.

Deux procédures coexistent :

Il y aura pendant un certain temps deux procédures de remboursement qui coexisteront : le CPAS ne pourra plus obtenir un remboursement auprès du SPP Intégration sociale pour les prestations d'un médecin généraliste qui utilise MediPrima puisque celui-ci doit facturer ses prestations à la CAAMI.

Sur le site web du SPP Intégration sociale (<http://www.mi-is.be/fr/outils-cpas/mediprima>) une liste actualisée sera tenue reprenant tous les médecins généralistes qui facturent électroniquement via MediPrima.

L'attestation AMU :

Comme c'est déjà le cas pour les hôpitaux, les médecins généralistes doivent conserver l'attestation d'Aide Médicale Urgente dans le dossier de leur patient.

Si le CPAS doit disposer de cette attestation (pour les frais pour lesquels il intervient lui-même : produits pharmaceutiques, frais de kinésithérapie...), soit le médecin généraliste remet l'original de l'attestation au patient ou au CPAS en en gardant une copie, soit il établit une deuxième attestation qu'il remet au patient ou au CPAS.

Fin du régime transitoire de la double procédure :

Par ailleurs, lorsque dans le cadre du régime du tiers payant l'ensemble des médecins généralistes sera obligé d'établir des factures électroniques, la procédure MediPrima deviendra également obligatoire pour eux.

² Arrêté royal du 2 octobre 2017 portant extension du champ d'application de l'article 9ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS (Moniteur belge du 10 octobre 2017).

Introduction des couvertures MediPrima pour les médecins généralistes :

Enfin, les CPAS peuvent introduire dès à présent la couverture de soins "médecin" dans toutes leurs décisions de prise en charge.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

Le Ministre des Classes moyennes, des Indépendants, des PME, de l'Agriculture et de l'Intégration sociale,



Denis Ducarme



**Le Ministre des Classes moyennes, des Indépendants,
des PME, de l'Agriculture et de l'Intégration sociale**

**La Ministre des Affaires sociales et de la Santé
publique**

CIRCULAIRE à Mesdames et Messieurs les
médecins généralistes

Date : 22 DEC. 2017

Projet MediPrima – extension

Madame,
Monsieur,

Introduction

Dans le cadre de la réforme de la gestion et le remboursement des aides médicales pour les personnes qui bénéficient d'une prise en charge par le CPAS, le SPP Intégration sociale en collaboration avec différents partenaires, a mis en œuvre une plateforme informatique permettant de simplifier, d'accélérer et d'améliorer le traitement des factures de soins médicaux : MediPrima

Le projet est basé sur la vision selon laquelle l'enquête sociale par un CPAS doit être garantie, que les engagements de prise en charge par un CPAS doivent être informatisés et que le paiement ainsi que le contrôle des factures doivent être effectués par des spécialistes en la matière.

Les éléments majeurs du projet consistaient donc à créer un système informatique permettant de gérer les décisions des CPAS de manière automatisée et intégrée et d'attribuer à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) le contrôle automatisé de toutes les factures/prestations électroniques sur la base de la nomenclature de l'INAMI, y compris le contrôle de l'Aide Médicale Urgente, attestée par un médecin, pour les étrangers qui séjournent illégalement dans le pays.

La première phase du projet avait trait à la réforme du remboursement des frais médicaux dans un hôpital, et facturés par celui-ci, pour les indigents sans assurance maladie qui couvre les risques en Belgique et qui ne peuvent également pas s'affilier à une mutualité.

Depuis le 1^{er} octobre 2013, tous les CPAS encodent leurs décisions en la matière dans la banque de données MediPrima et depuis juin 2014, les hôpitaux établissent uniquement des factures électroniques au moyen de MediPrima.

Toutefois, cette première phase n'était qu'une étape vers la généralisation du nouveau système de remboursement à l'ensemble des prestataires de soins. Le bénéfice de l'accès à MediPrima a ainsi été étendu aux médecins généralistes à partir du 1^{er} octobre 2017.

Avantages

Garantie et rapidité de paiement

A travers son usage de MediPrima le prestataire de soins a une garantie de paiement et les factures acceptées sont payées dans un délai de quelques jours. Le délai de paiement moyen dans MediPrima est actuellement de sept jours.

Simplification administrative

MediPrima permet une procédure totalement informatisée: de la consultation de la couverture et/ou de l'assurance, jusqu'à la tarification et la facturation. La charge administrative des factures papier appartient dès lors au passé. Il ne reste plus qu'un seul point de contact pour la facturation : la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI).

Dispositions légales

L'arrêté royal du 2 octobre 2017 portant extension du champ d'application de l'article 9ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS (Moniteur belge du 10 octobre 2017) prévoit l'ouverture de MediPrima aux médecins généraliste à partir du 1^{er} octobre 2017. Dès ce moment, les premiers médecins généralistes pourront entamer ce processus dans la mesure où ils peuvent établir des factures électroniques.

Cet arrêté royal prévoit également que cette procédure doit obligatoirement être appliquée *"à partir du jour où l'obligation faite aux médecins généralistes de facturer électroniquement aux organismes assureurs en application de l'article 53, § 1er, alinéas 2, 3 et 4 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est effective"*.

Planification

Lors du démarrage de cette nouvelle phase du projet, une approche intégrée a été choisie afin de limiter au maximum l'impact sur les médecins généralistes.

Il a dès lors été décidé d'intégrer trois fonctions dans un seul progiciel :

1. Consultation MediPrima : le médecin généraliste sait immédiatement si le patient est connu auprès d'un CPAS et si les frais médicaux sont couverts par un CPAS;
2. Tarification par l'intermédiaire de la CAAMI : le médecin généraliste sait qui intervient pour quelle partie (l'Etat (par l'intermédiaire de la CAAMI) ou le patient);
3. Facturation : le médecin généraliste peut immédiatement établir des factures électroniques.

Une ouverture progressive :

Les premiers à entrer dans MediPrima sont les CPAS¹, les médecins généralistes² et les fournisseurs informatiques³ pilotes qui ont été associés aux travaux préparatoires de cette

¹ Les CPAS de Hal, Bruxelles, Charleroi, Molenbeek-Saint-Jean et Saint-Josse-ten-Noode

nouvelle phase. L'ouverture de MediPrima aux autres médecins généralistes via leurs fournisseurs informatiques sera progressive et s'effectuera sur base volontaire, dépendant de la capacité des prestataires concernés à établir des factures électroniques.

Deux procédures coexistent :

Pour éviter tout risque de double facturation, une fois qu'il aura intégré MediPrima, le médecin généraliste devra obligatoirement continuer à utiliser le système pour introduire ses demandes de remboursement.

Il y aura pendant un certain temps deux procédures de remboursement qui coexisteront : le CPAS ne pourra plus obtenir un remboursement auprès du SPP Intégration sociale pour les prestations d'un médecin généraliste qui utilise MediPrima puisque celui-ci doit facturer ses prestations à la CAAMI.

Sur le site web du SPP Intégration sociale (<http://www.mi-is.be/fr/outils-cpas/mediprima>) une liste actualisée sera tenue reprenant tous les médecins généralistes qui facturent électroniquement via MediPrima.

Fin du régime transitoire de la double procédure :

Lorsque dans le cadre du régime du tiers payant l'ensemble des médecins généralistes sera obligé d'établir des factures électroniques, la procédure MediPrima deviendra également obligatoire pour eux.

Introduction des couvertures MediPrima pour les médecins généralistes :

Enfin, les CPAS peuvent introduire dès à présent la couverture de soins "médecin" dans toutes leurs décisions de prise en charge.

Formation

Afin de familiariser les médecins généralistes avec le mode de fonctionnement de MediPrima, une formation en e-learning a été mise au point. Elle contient :

- les notions de base (en quoi consiste MediPrima, pour qui, quelle aide...);
- les démarches à suivre lorsque vous recevez un patient "MediPrima" (identification du patient, consultation des tarifs et attestation Aide Médicale Urgente);
- les informations relatives à la facturation;
- les coordonnées de personnes de contact pour de l'aide.

Vous y retrouverez également la procédure spécifique relative à l'attestation d'Aide Médicale Urgente. Comme c'est déjà le cas pour les hôpitaux, les médecins généralistes doivent également conserver l'attestation d'Aide Médicale Urgente dans le dossier de leur patient.

Si le CPAS doit disposer de cette attestation (pour les frais pour lesquels il intervient lui-même : produits pharmaceutiques, frais de kinésithérapie...), soit le médecin généraliste remet l'original de l'attestation au patient ou au CPAS en en gardant une copie, soit il établit une deuxième attestation qu'il remet au patient ou au CPAS.

Ce module e-learning – et d'autres informations – est disponible sur le site web de l'INAMI (www.inami-elearning.be) et entre en considération pour obtenir une accréditation.

² Les docteurs H. Van Pottelbergh, L. Cuvelier, B. Delforge, V. Moreau, M. Bouhoute et R. Artois

³ CORILUS et EPICURE

Plus d'informations concernant le projet MediPrima sont également consultables sur le site web du SPP Intégration sociale (<http://www.mi-is.be/fr/themes/aide-medicale/mediprima>).

Personnes de contact

A qui pouvez-vous vous adresser en cas de :

Problèmes techniques (accès, logiciel) ?

- en premier lieu auprès de votre fournisseur de logiciel;
- ou auprès de eHealth (en cas de problèmes concernant les certificats):
support@ehealth.fgov.be – tél. : 02 / 788 51 55

Problèmes en matière de facturation ?

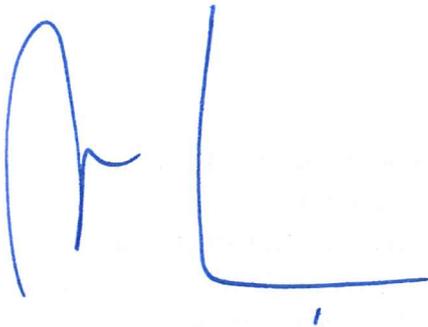
Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité: MediPrima@caami.be - tél : 02/ 229 34 34

Problèmes au sujet de la décision du CPAS ?

- le CPAS concerné;
- le HelpDesk CPAS: ocmw-cpas@smals.be – tél. : 02 / 787 58 27

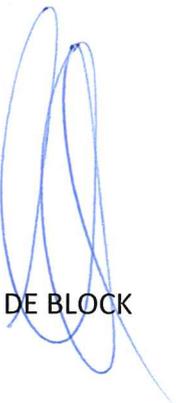
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Le Ministre des Classes moyennes, des Indépendants, des PME, de l'Agriculture et de l'Intégration sociale



Denis Ducarme

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid



Maggie DE BLOCK



Le Ministre des Classes moyennes, des Indépendants,
des PME, de l'Agriculture et de l'Intégration sociale

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé
publique

CIRCULAIRE aux hôpitaux

Date : 22 DEC. 2017

Projet MediPrima – adaptations et extension

Madame,
Monsieur,

Introduction

Depuis juin 2014, la première phase du projet MediPrima est pleinement opérationnelle. Pour rappel, cette phase concerne la prise en charge de toutes les factures des établissements de soins relatives aux personnes qui ne bénéficient pas d'une assurance maladie-invalidité et qui ne peuvent s'inscrire auprès d'une mutuelle en Belgique.

D'une part, des adaptations ont été réalisées pour améliorer cette première phase et en faciliter l'usage par les différents intervenants. D'autre part, une deuxième phase du projet, qui étend l'utilisation de MediPrima aux médecins généralistes est en cours.

L'objectif de cette circulaire est de préciser les améliorations apportées à la première phase du projet.

Adaptations de la phase 1

Sur base des concertations avec les différents utilisateurs de MediPrima, quatre adaptations ont pu être réalisées.

1. Structuration des commentaires en texte libre

Aujourd'hui, lorsqu'un CPAS prend partiellement en charge certains frais en matière de ticket modérateur ou de supplément¹, il peut préciser au dispensateur de soins les conditions de cette prise en charge en utilisant des champs commentaires. Ces zones de texte libre sont inadéquates pour un traitement automatique et donc difficilement exploitables par les prestataires. Par conséquent, ces champs vont disparaître pour être remplacés par les 5 zones structurées suivantes :

¹ Une intervention partielle est uniquement possible pour la partie que le CPAS prend lui-même en charge, jamais pour la partie à charge de l'Etat.

“Convention”

Le CPAS signale l'existence d'une convention avec le dispensateur de soins. Les conditions de cette convention ne sont applicables que pour les parties qui l'ont signée.

S'il n'y a pas de convention, les autres conditions reprises dans les zones structurées qui suivent sont applicables à tous les dispensateurs de soins.

“Attestation médicale”

Le CPAS conditionne son remboursement à l'existence d'une prescription médicale. Il indique « Prescription obligatoire (oui/non) ».

“Montant maximum ticket modérateur”

Le CPAS limite la prise en charge du ticket modérateur à un montant maximum. Le montant maximum mentionné est valable par hôpital et par mois de facturation.

“Montant maximum suppléments”

Le CPAS limite la prise en charge des suppléments à un montant maximum. Le montant maximum mentionné est valable par hôpital et par mois de facturation.

“Suppléments”

Le CPAS précise les suppléments qu'il prend en charge dans une liste de soins classés en grandes catégories. Il s'agit ici de suppléments tant pour les prestations prises partiellement en charge par l'INAMI, que pour des prestations qui ne sont jamais prises en charge par l'INAMI.

La liste des suppléments admis (liste des pseudo-codes) est consultable sur le site web du SPP Intégration sociale (<http://www.mi-is.be/fr/outils-cpas/mediprima>).

Si leur logiciel a été adapté, les CPAS peuvent déjà utiliser ces nouvelles zones structurées à partir du 16 octobre 2017. Les CPAS ont donc le temps de la période transitoire du 16 octobre 2017 au 31 janvier 2018 pour revoir, adapter ou convertir leurs commentaires libres en commentaires structurés.

Du côté des hôpitaux, l'adaptation de leur logiciel se fait aussi progressivement : il y a donc une phase transitoire qui a également des répercussions sur la consultation des commentaires. Ainsi, les hôpitaux continuent à voir les commentaires en zone de texte libre tant que leur logiciel n'est pas adapté. A partir du moment où cette adaptation est réalisée, les hôpitaux ne voient plus que les seuls commentaires repris dans les zones structurées.

2. Associer le volet “soins ambulatoires” au volet “hospitalisation”

Lorsqu'une personne est hospitalisée, l'hôpital doit pratiquement systématiquement aussi fournir et facturer des prestations qui relèvent des “soins ambulatoires”. Trop souvent les CPAS limitent leur couverture au volet “hospitalisation” ; ils obligent alors l'hôpital à faire des démarches administratives afin d'obtenir une couverture pour ces autres prestations non couvertes par leur première décision.

Désormais, les volets “hospitalisation” et “soins ambulatoires” sont associés. Le CPAS est ainsi obligé de créer une couverture “soins ambulatoires” lors de l'activation d'une couverture “hospitalisation”. Ces deux couvertures doivent alors avoir au moins la même durée et habiliter les mêmes dispensateurs de soins.

Actuellement, il y a déjà un avertissement sous forme d'un message envoyé lorsqu'une couverture "hospitalisation" est octroyée sans couverture "soins ambulatoires". A partir du 1^{er} février 2018, ce message deviendra bloquant pour obliger le CPAS à associer les deux volets.

La création d'une couverture "soins ambulatoires" sans couverture "hospitalisation", restera toutefois possible.

3. Adaptation du formulaire d'information concernant l'aide médicale

Le modèle de fiche d'identification du demandeur d'aide a été adapté : Il est ainsi possible à présent de compléter la date de naissance et le sexe. Le nouveau modèle figure sur le site web du SPP Intégration sociale (<http://www.mi-is.be/fr/outils-cpas/mediprima>).

4. Changement de NISS

Désormais, lorsque l'hôpital consultera MediPrima, tout changement de NISS lui sera communiqué sous forme d'un message mentionnant d'une part l'ancien numéro et d'autre part le nouveau NISS. Son application doit pour ce faire avoir été adaptée en ce sens.

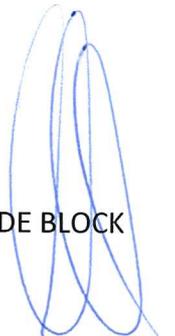
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Le Ministre des Classes moyennes, des Indépendants, des PME, de l'Agriculture et de l'Intégration sociale



Denis Ducarme

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique



Maggie DE BLOCK

[Version web](#) | [Modifier vos données personnelles](#) | [Désinscrivez-vous ici](#)



e-cho

POD MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE
BETER SAMEN LEVEN
SPP INTÉGRATION SOCIALE
MEUK VIVRE ENSEMBLE



12 janvier 2018

En bref

Conférence européenne sur les services intégrés pour les bénéficiaires d'un revenu minimum

Le 8 mars 2018, les résultats d'une étude sur le revenu minimum seront présentés à Bruxelles à l'occasion d'une conférence européenne. Cette étude repose sur une analyse menée dans 12 pays (Autriche, Belgique, Suisse, Allemagne, Danemark, Espagne, Finlande, France, Irlande, Portugal, Roumanie et Slovénie).

Plus d'informations sur le [site web de la Commission européenne](#).

Circulaire concernant l'indexation du montant pour être considérée comme personne à charge dans le cadre du Fonds Social Mazout

Le 1er janvier 2018, une nouvelle saison de chauffe dans le cadre

Qu'entend-on par « analyse des aspirations, aptitudes, qualifications et besoins de la personne » préalable à l'élaboration du PIIS?



Préalablement à l'élaboration du projet individualisé d'intégration sociale et dans le but de personnaliser celui-ci, le travailleur social doit réaliser une analyse des besoins et des atouts du bénéficiaire du droit à l'intégration sociale. En effet, comme l'indique l'article 11 de la loi du 26/05/2002, « ... *Le projet s'appuie sur les aspirations, les aptitudes, les qualifications et les besoins de la personne concernée et les possibilités du centre* ». De même, l'article 11,§1 de l'AR du 11/07/2002 précise que « *Avant la conclusion d'un contrat, le centre doit avoir évalué les besoins de la personne* ».

Cette analyse des besoins et des atouts est d'une grande importance car elle va permettre au travailleur social d'identifier la demande, les besoins, les freins mais aussi les possibilités, les capacités du bénéficiaire. En d'autres termes, le travailleur social va pouvoir clarifier avec le bénéficiaire ce qu'il veut être et veut faire, et ce qui l'empêche d'atteindre son (ses) objectifs.

De cette manière, le travailleur social pourra réaliser un diagnostic précis de la situation sociale du bénéficiaire et rédiger les propositions d'actions pertinentes dans le cadre d'un PIIS.

Différents thèmes peuvent être abordés en fonction de la réalité de la personne concernée, comme :

- La situation familiale, budgétaire, administrative, professionnelle, l'état de santé, la situation en termes de logement, de mobilité, de formation

D'autres approches sont également intéressantes pour avoir un aperçu exhaustif des difficultés mais aussi du potentiel du bénéficiaire :

- Vie culturelle et loisirs, estime et confiance en soi, capacité de communication, accès au monde numérique, soutien

du Fonds Social Mazout a commencé.

Les montants des revenus du ménage ne sont pas indexés. Le montant annuel des revenus bruts imposables du ménage ne peut pas dépasser € 18.363,39 majorés de € 3.399,56 par personne à charge.

Toutefois, le montant à prendre compte pour être considérée comme personne à charge est indexé : les revenus nets doivent être inférieurs à € 3.200, sans prendre en compte les allocations familiales et les pensions alimentaires pour enfants.

Au début de chaque période de chauffe, il est examiné si les seuils de prix qui déterminent l'allocation par litre doivent être adaptés. Ce calcul se fait sur la base de la moyenne des prix maximums des cinq dernières années. Ces chiffres ne sont disponibles qu'à partir de début janvier 2018, de sorte que les adaptations éventuelles des applications informatiques ne peuvent également se faire qu'en début janvier.

Afin de garantir un calcul correct de l'allocation de chauffage, il est demandé de ne rien introduire dans l'application informatique avant le 15 janvier 2018.

Consultez la circulaire

Joignabilité du SPP IS

Le SPP IS ne sera pas joignable par téléphone le vendredi 26 janvier

social et environnemental, capacité à s'organiser, à planifier,...

Tous ces thèmes vont permettre de mettre en évidence des éléments « *stabilisateurs* » et « *déstabilisateurs* » (ou points forts et points faibles) du bénéficiaire. Les éléments **stabilisateurs** sont des éléments qui pourront être des points d'appui dans la détermination des objectifs à atteindre dans le cadre du PIIS. Les éléments **déstabilisateurs** sont ceux sur lesquels il faudra axer les objectifs du PIIS.

La **forme** de cette analyse des besoins et atouts importe peu : elle peut soit faire l'objet d'un support spécifique appelé « bilan social » ou « anamnèse » ou autre titre choisi par le CPAS, soit être intégrée dans un rapport d'enquête sociale. L'élément essentiel est qu'il puisse être constaté que l'analyse expliquée ci-dessus a bien été réalisée préalablement à l'élaboration du PIIS et que les objectifs définis dans celui-ci répondent aux éléments relevés dans cette analyse.

MediPrima : harmonisation des commentaires et accès pour les médecins généralistes



À la fin de l'année 2017, trois circulaires importantes relatives à des adaptations effectuées dans le cadre de MediPrima ont été signées par le ministre Ducarme : une circulaire à destination des CPAS, la deuxième et la troisième à destination des médecins généralistes et des hôpitaux.

L'objet de ces circulaires est de présenter les évolutions suivantes :

1. D'une part, pour la phase 1 de MediPrima : l'harmonisation des commentaires, le lien désormais obligatoire entre l'hospitalisation et les soins ambulatoires, une adaptation du formulaire d'information et la notification du changement de NISS aux hôpitaux ;
2. D'autre part, le lancement de la phase 2 : la possibilité pour les médecins généralistes d'avoir accès à MediPrima et d'utiliser les fonctionnalités de la plateforme électronique.

La première circulaire s'adresse aux CPAS et annonce l'entrée en vigueur de l'**harmonisation des commentaires** au 1er février 2018. Pour rappel, il s'agit d'une mesure importante qui permet aux CPAS de décrire les conditions qu'ils mettent à leur prise en charge des soins pour des patients MediPrima non plus sous forme de commentaires en textes libres, difficilement utilisables par les prestataires de soins, mais bien à l'aide de champs structurés qui assurent un traitement automatisé, notamment lors de la facturation des frais médicaux.

toute la journée ainsi que le mardi 30 janvier après-midi. Pour toute question, vous pouvez toujours envoyer un e-mail à question@mi-is.be.

Les éditeurs de logiciels sont occupés à adapter leurs programmes de manière à tenir compte de cette évolution. Les CPAS ont jusqu'au 1er février pour adapter leurs commentaires et les réintroduire sous la nouvelle forme structurée. Passé ce délai, les champs commentaires ne seront plus lisibles pour les prestataires de soins.

Notez bien que pour réaliser cette modification, les CPAS ne doivent pas nécessairement créer de nouvelles décisions : les prises en charge existantes peuvent simplement être adaptées.

À compter du 1er février, le lien qui est fait actuellement entre le **volet « hospitalisation »** et le **volet « soins ambulatoires »** cesse par ailleurs d'être facultatif et devient obligatoire : pour tout ajout d'une décision d'hospitalisation, il faut aussi créer une décision de soins ambulatoires couvrant la même période, avec les mêmes restrictions d'accès s'il y a lieu pour les prestataires de soins, sans quoi la modification sera rejetée par le système.

Le modèle de **formulaire d'information** concernant l'aide médicale a été revu et inclut désormais la date de naissance et le genre.

Enfin, les hôpitaux seront également avertis d'un changement de NISS par la Banque carrefour de la sécurité sociale.

Parallèlement à ces adaptations pour la phase 1, **la phase 2 est lancée avec l'extension du bénéfice de MediPrima aux médecins généralistes et à leur patientèle**, en ce qui concerne les personnes qui sont dans les conditions d'une prise en charge dans MediPrima.

Comme avantages aux praticiens, on rappelle la garantie de paiement obtenue lors de la consultation en temps réel de la base de données MediPrima ainsi que le délai très court de paiement de la part à charge de l'État par la CAAMI.

La base réglementaire est désormais publiée. Pratiquement, dans un premier temps, seuls les pilotes entreront en production dans le courant du mois de janvier. Il s'agit donc encore d'un nombre très limité de praticiens qui travailleront en relation avec leurs CPAS.

Experts du vécu en matière de lutte contre la pauvreté et d'exclusion sociale: qui sont-ils?

PSEUDOCODES NON REMBOURSES EN AMI ET UTILISES PAR LA FACTURATION HOSPITALIERE.

Voici une liste de pseudocodes qui n'entraînent AUCUN REMBOURSEMENT en Assurance Maladie Invalidité (AMI). Ils sont toujours facturés au patient. Il s'agit de suppléments.

Le SPI-IS n'intervient pas dans le remboursement de ces pseudocodes puisqu'ils ne sont pas pris en charge par l'AMI. Le SPI-IS intervient dans la prise en charge de pseudocodes quand il y a un remboursement AMI.

Chaque CPAS a la liberté de prendre en charge ou non les dépenses tarifées sous ces pseudocodes et de prendre en charge le ticket modérateur à charge du bénéficiaire.

Tous les patients ne sont pas hospitalisés mais leur passage à l'hôpital, par exemple aux urgences, génèrent des factures.

Les pseudocodes ci-dessous concernent uniquement **la facturation hospitalière**.

UTILISATION DE L'ANNEXE EXELL EST INDISPENSABLE POUR COMPRENDRE CETTE LISTE

A) BENEFICIAIRES NON HOSPITALISES

1. PSEUDOCODES A VISEE «MEDICALE »

PSEUDOCODES DE MEDICAMENTS

750116: Préparation magistrale. Rarement utilisé.

751015 : Médicaments de catégorie D, ex: anxiolytiques (diazepam) , les spasmolytiques (buscopan*).

PSEUDOCODES D'EXAMENS DE DIAGNOSTIC

960035 : Analyses de laboratoires non remboursables

960050 : Prestations de soins diagnostiques non remboursables

961236 : Produits radio-pharmaceutiques non remboursables

PSEUDOCODES DE SOINS

960072 : Prestations de soins thérapeutiques non remboursables

PSEUDOCODES POUR LES IMPLANTS

960234 : Implants non remboursables avec obligation de notification

960536 : Implants non remboursables sans obligation de notification

PSEUDOCODES POUR PARAPHARMACIE D'AIDE A LA MOBILITE

960374 : Produits parapharmaceutiques d'aide à la mobilité-/ d'immobilisation

PSEUDOCODES POUR PRODUITS PARAPHARMACEUTIQUES

960396 : produits d'hygiène **avec** code APB

960433 : Produits d'hygiène **sans** code APB

PSEUDOCODES POUR MATERIEL A CHARGE DU PATIENT DANS LE CADRE DE LA CONVENTION DIABETIQUE

961295--961310-961332-961354-

2 PSEUDOCODES AUTRES/DIVERS

960190 : Lit personne accompagnante

960315 : Initiatives d'habitations protégées : Frais de séjour

960330 : Initiatives d'habitations protégées : Coûts éventuels en surplus aux frais de séjour

960352 : Initiatives d'habitations protégées : "Autres" coûts en surplus

960411 : Boisson et nourriture

960455 : Autres produits/services fournis à la demande du patient

960470 : frais d'ambulance

960492 : Confort de chambre

B) BENEFICIAIRES HOSPITALISES

1. PSEUDOCODES A VISEE «MEDICALE »

PSEUDOCODES DE MEDICAMENTS.

750820 : Médicaments non remboursables en hôpitaux psychiatriques et chroniques

756626 : Médicaments de catégorie D, ex: anxiolytiques (diazepam) , les spasmolytiques (buscopan*).

757245 : Médicaments non forfaitarisés. Il s'agit des médicaments du chapitre IV **avec** information au médecin-conseil. Comme ces spécialités sont prescrites **en dehors** des indications du chapitre IV, elles ne sont pas prises en charge par l'AMI.

757260 : Médicaments non forfaitarisés. Il s'agit des médicaments du chapitre IV **sans** information au médecin-conseil. Comme ces spécialités sont prescrites **en dehors** des indications du chapitre IV, elles ne sont pas prises en charge par l'AMI.

PSEUDOCODES D'EXAMENS DE DIAGNOSTIC

960046: Analyses de laboratoires non remboursables

960061 : Prestations de soins diagnostiques non remboursables

961240 : Produits radio-pharmaceutiques non remboursables

PSEUDOCODES DE SOINS

960083 : Prestations de soins thérapeutiques non remboursables ex chirurgie esthétique

PSEUDOCODES POUR LES IMPLANTS

960245 : Implants non remboursables avec obligation de notification

960540 : Implants non remboursables sans obligation de notification

PSEUDOCODES POUR PARAPHARMACIE D'AIDE A LA MOBILITE

960385 : Produits parapharmaceutiques d'aide à la mobilité-/ d'immobilisation

PSEUDOCODES POUR PRODUITS PARAPHARMACEUTIQUES

960400 : produits d'hygiène **avec** code APB

960444 : Produits d'hygiène **sans** code APB

PSEUDOCODES POUR MATERIEL A CHARGE DU PATIENT DANS LE CADRE DE LA CONVENTION DIABETIQUE

961306--961321-961343-961365

2. PSEUDOCODES AUTRES/DIVERS

960201 : Lit personne accompagnante)

960422 : Boisson et nourriture

960466 : Autres produits/services fournis à la demande du patient

960481 : frais d'ambulance

960503 : Confort de chambre

Formulaire d'information concernant l'aide médicale

logo CPAS

CPAS :

Titulaire

Numéro NISS :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom :

--

Prénom :

--

Date de naissance:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H :

--

F :

--

PHOTO

cachet
CPAS

Bénéficiaires secondaires mineurs

NISS :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H :

--

F :

--

Nom / Prénom :

--

NISS :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H :

--

F :

--

Nom / Prénom :

--

NISS :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H :

--

F :

--

Nom / Prénom :

--

NISS :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H :

--

F :

--

Nom / Prénom :

--

NISS :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H :

--

F :

--

Nom / Prénom :

--

NISS :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H :

--

F :

--

Nom / Prénom :

--

NISS :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H :

--

F :

--

Nom / Prénom :

--

NISS :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H :

--

F :

--

Nom / Prénom :

--

NISS :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H :

--

F :

--

Nom / Prénom :

--

NISS :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H :

--

F :

--

Nom / Prénom :

--

Attestation d'AIDE MEDICALE URGENTE pour un étranger sans droit de séjour légal

PRESTATION

Date de début de prestation/d'hospitalisation:

- TYPE
- séjour hôpital
 - soins ambulatoire hospitaliers
 - consultation médecin
 - medicaments
 - paramedical
 - prothèse
 - transport médical
 - divers

COMMENTAIRES EVENTUELS (*)

DONNEES PATIENT

ou une vignette du patient

NISS:
nom et prénom:
date de naissance:

MEDECIN PRESCRIPTEUR

ou le cachet du médecin

Numéro INAMI:
Nom et prénom

date de délivrance de l'attestation:
Signature

(*) en cas de plan de traitements ou de suivi thérapeutique