

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

[C – 2013/11415]

**29 JUILLET 2013. — Circulaire aux hôpitaux. — 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

- o permettant de gérer de manière automatisée et intégrée les engagements de prise en charge par les CPAS;
- o permettant aux prestataires de soins de consulter les données stockées;
- o permettant à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (appelée ci-après CAAMI) de traiter et de contrôler de manière automatisée les factures des prestataires de soins;
- o permettant de prévoir un remboursement automatisé de la CAAMI par le SPP Intégration sociale.

Le projet pris en compte a plusieurs avantages :

- o L'utilisation d'une base de données centralisée :
 - 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.
- o Il existe aussi une série d'avantages spécifiques pour les CPAS :
 - Le nombre de factures médicales que le CPAS doit traiter lui-même va fortement diminuer;
 - Les factures seront contrôlées 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.
- o 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;
 - Les attestations d'aide médicale urgente (aux personnes en séjour illégal) peuvent être contrôlées (a posteriori) par un médecin-conseil.

o 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;
- Remboursement plus rapide des coûts assumés par l'Etat.

La première phase du projet mentionné ci-dessus est entrée en vigueur le 1^{er} 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'Etat sera payée directement par la CAAMI au prestataire de soins.

Pour les autres CPAS, la première phase débutera le 1^{er} octobre 2013. A partir de ce moment, les prestataires de soins devront consulter aussi les décisions des CPAS.

Les prestataires de soins auront jusqu'au 1^{er} 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.

Concepts

La procédure modifiée de remboursement permet d'encoder deux types de décisions, c'est-à-dire 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

Définitions :

- 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)

- Soins ambulatoires : englobent à la fois des frais médicaux et des frais pharmaceutiques (2)

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.

Lors de cette première phase, le groupe cible sera, 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 »).

(1) Un séjour en hôpital de jour est donc considéré ici comme des soins ambulatoires.

(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.

Dispositions légales

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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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.

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 NISS ou numéro BIS.

2.5. Paiement

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'Etat - 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.

2.6. Modèles de document

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 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.

2. 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.

3. 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!

4. 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.

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	Longueur	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	Longueur	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	Longueur	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 Medi-Prima
28	Référence de l'établissement	25 A	
32	Flag identification du bénéficiaire	1N	Toujours 1
38	N° B.C.E. CPAS	12 A	Données reçues via base de donnée Medi-Prima
42-45	Numéro d'engagement de paiement	48 A	Données reçues via base de donnée Medi-Prima
53	Date début couverture	8 N	Données reçues via base de donnée Medi-Prima
54	Date fin couverture	8 N	Données reçues via base de donnée Medi-Prima
55	Date de la consultation de la DB Medi-Prima	8 N	Données reçues via base de donnée Medi-Prima
56-58	Numéro carte	12 N	Données reçues via base de donnée Medi-Prima
59	Carte version	6N	Données reçues via base de donnée Medi-Prima
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	Longueur	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

Divers

A titre d'information, nous voudrions 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 le 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, nous pouvons 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, nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

La Vice-Première Ministre
et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Mme L. ONKELINX

La Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration,
à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté,

Mme M. DE BLOCK

DOCUMENT CONFIDENTIEL DE LIAISON

Données de l'hôpital	Date admission/soin	
	Date de l'orientation	
	Travailleur social	
	Téléphone	

DONNEES D'IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe	H <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Lieu de résidence	rue	N°
	CP	commune
Nationalité		
Langue utilisée		
①		

RESUME DE LA SITUATION

--

NATURE DES BESOINS MEDICAUX

--

BUT DE L'ORIENTATION

--

Enquête sociale en cas de soins urgents / d'hospitalisation urgente

Coordonnées de l'hôpital	Date de l'admission/des soins	
	Numéro des soins/du patient	
	Numéro d'hospitalisation	
	Numéro de dossier CPAS	
	Référence	

DONNEES D'IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom			
Prénom			
Lieu de naissance			
Date de naissance			
Sexe			
Domicile	rue		n°
	code postal	commune	
Lieu de résidence	idem domicile <input type="checkbox"/>		
	rue		n°
	code postal	commune	
Nationalité			
NISS / numéro bis			
Carte d'identité délivrée le			
Personne de contact	nom		
	rue		n°
	code postal	commune	
	①		
Role linguistique	N <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
Registre d'inscription	RP <input type="checkbox"/>	RE <input type="checkbox"/>	RA <input type="checkbox"/>

ASSURABILITE**1. si affilié à une mutuelle****Données du titulaire (si différent du patient)**

Nom

Prénom

Adresse

rue	n°
code postal	commune

Apposer éventuellement une vignette

Nom de la mutuelle

Numéro d'affiliation

Code d'intervention

Stage débute le

termine le

Autres assurances maladie/accident:

Etapas entreprises si la personne n'est plus assurée :

2. si l'assurance maladie est inconnue lors des soins

Date de l'arrivée en Belgique

Originaire d'un pays avec organe de liaison oui non

Date de la prise de contact (CAAMI)

Originaire d'un pays soumis à l'obligation de visa oui non

Couvert par une carte d'assurance européenne oui non

Couvert par une assurance voyage oui non

Si refus par l'assureur, pour quel motif?

CAUTIONNEMENT - OBLIGATION ALIMENTAIRE**Donneur de caution / garant**

Nom

Prénom

①

Adresse rue n°

code postal commune

Le donneur de caution accepte les frais oui non

Remarques :

Débiteur alimentaire

Nom

Prénom

①

Adresse rue n°

code postal commune

Le débiteur alimentaire accepte les frais oui non

Remarques :

COMPOSITION DU MENAGE ET REVENUS

Composition du ménage du patient

Nom + prénom	date de naissance	nationalité	lien de parenté

Revenus du ménage

Nom + prénom	coordonnées de l'employeur	montant mensuel net

Autres revenus

	montant
revenus locatifs mensuels	
propriété immobilière	

CHARGES MENSUELLES

	montant
location	
énergie (électricité, gaz...)	
eau	
téléphone/GSM	
crédits	

Y a-t-il une médiation de dette

oui

non

↳ coordonnées :

MOTIFS DU SEJOUR

- séjour de longue durée avec l'intention de s'installer en Belgique
- visite familiale
- tourisme
- affaires, travail
- demandeur d'asile
- réfugié reconnu
- raisons médicales
- autre, en l'occurrence :

CONCLUSION ET PROPOSITION**circonstances de l'hospitalisation/des soins :**

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Prise en charge dans un lieu public | <input type="checkbox"/> |
| Prise en charge dans un lieu privé | <input type="checkbox"/> |
| Accident de roulage | <input type="checkbox"/> |
| Accident scolaire | <input type="checkbox"/> |
| Autres | <input type="checkbox"/> |
| Précision autres circonstance : | |

proposition :

DECLARATION ET SIGNATURE

Je, soussigné, déclare ne pas être à même de prendre personnellement à charge les frais des soins médicaux. C'est pourquoi je souhaite faire appel à l'intervention d'un CPAS et qu'à cet effet j'autorise le service social de l'hôpital à introduire en mon nom la demande. Je déclare sur l'honneur que tous les éléments mentionnés dans ce document sont authentiques et sincères et j'autorise le CPAS à vérifier ces déclarations.

Fait à,

le

Signature du patient, précédée de la mention "lu et approuvé"

RAPPORT DES OBSERVATIONS DU SERVICE SOCIAL

DATE

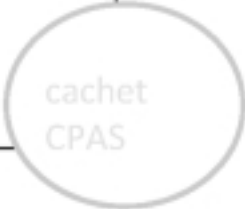
TRAVAILLEUR SOCIAL

SIGNATURE

Formulaire d'information concernant l'aide médicale

logo CPAS

CPAS :



Titulaire

Numéro NISS :
 Nom :
 Prénom :

Bénéficiaires secondaires mineurs

NISS :	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	date de naissance:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	H :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	F :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Nom / Prénom : <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							
NISS :	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	date de naissance:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	H :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	F :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Nom / Prénom : <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							
NISS :	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	date de naissance:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	H :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	F :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Nom / Prénom : <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							
NISS :	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	date de naissance:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	H :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	F :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Nom / Prénom : <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							
NISS :	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	date de naissance:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	H :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	F :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Nom / Prénom : <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							
NISS :	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	date de naissance:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	H :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	F :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Nom / Prénom : <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							
NISS :	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	date de naissance:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	H :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	F :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Nom / Prénom : <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							
NISS :	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	date de naissance:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	H :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	F :	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Nom / Prénom : <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							

Ce document n'ouvre aucun droit !

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

CPAS:

PRESTATION

Date/période prestation:

de

à

TYPE	NBRE	COMMENTAIRES EVENTUELS
séjour hôpital <input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
soins ambulatoire hospitaliers <input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
consultation médecin <input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
medicaments <input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
paramédical <input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
prothèse <input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
transport médical <input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
divers <input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>

↪ facultatif

DONNES PATIENT

nom et prénom:

date de naissance:

Résidence:

nationalité:

sexe:

M

F

NISS:

MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom

adresse:

Numéro INAMI

date de prise en charge

Signature

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID
EN PROGRAMMATORISCHE FEDERALE OVERHEIDSDIENST MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE,
ARMOEDEBESTRIJDING EN SOCIALE ECONOMIE**

[C – 2013/11415]

**29 JULI 2013. — Omzendbrief aan de ziekenhuizen. — Project MediPrima fase 1
Richtlijnen voor de verplegingsinstellingen betreffende de elektronische facturering
van de geneeskundige verzorging**

Mevrouw,

Mijnheer,

Inleiding

Al enkele jaren is er - zowel vanuit de OCMW's, als vanuit de zorgverstrekkers - een vraag naar een eenduidige, snelle en vereenvoudigde manier van werken rond de verschillende tussenkomsten met betrekking tot medische hulpverlening.

Om aan deze verzuchtingen tegemoet te komen heeft de POD Maatschappelijke Integratie (POD MI), samen met verschillende partners, een project opgezet om de terugbetaling van de medische hulp aan de OCMW's te vereenvoudigen.

Het doel was dus een intensieve samenwerking tussen al de betrokken partners te organiseren teneinde de behandeling van de facturen m.b.t. de medische zorgen, voor personen die een tenlasteneming door het OCMW genieten te vereenvoudigen, te versnellen en de controle te verbeteren.

Het belangrijkste element van het project is dan ook de creatie van een informaticasysteem dat toelaat om :

- o De verbintenissen tot tenlasteneming door de OCMW's op een geautomatiseerde en geïntegreerde wijze te beheren;

- o De zorgverstrekkers de mogelijkheid te verschaffen de opgeslagen gegevens te raadplegen;

- o De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (verder HZIV) de facturen van de zorgverstrekkers op geautomatiseerde wijze te laten behandelen en controleren;

- o In een geautomatiseerde terugbetaling door de POD Maatschappelijke Integratie aan de HZIV te voorzien.

Dit project biedt heel wat voordelen :

- o Het werken met een gecentraliseerde gegevensbank :

- Iedereen kan over dezelfde gegevens beschikken;

- Eventuele misbruiken kunnen ingeperkt worden;

- De nodige info is snel beschikbaar;

- Alle partners weten onmiddellijk aan wie moet gefactureerd worden;

- Zonder beslissing tot tenlasteneming door een OCMW, is een betaling van een factuur onmogelijk.

- o Voor de OCMW's zijn er ook een aantal specifieke voordelen :

- Veel minder medische facturen zelf te behandelen;

- Facturen worden gecontroleerd door een gespecialiseerde instelling;

- Geen voorschot meer te betalen op het gedeelte dat ten laste van de Staat kan gelegd worden;

- Kan zich richten op zijn kerntaak, namelijk voeren van een sociaal onderzoek;

- Door dit uniek beheers- en betalingssysteem is de tussenkomst van een OCMW noodzakelijk, op die manier wordt de mogelijkheid gecreëerd voor de OCMW's om altijd een sociaal onderzoek te voeren.

- o Voordelen door HZIV bij het project te betrekken :

- Controle van de facturen/prestaties (op basis van de RIZIV-nomenclatuur) gebeurt door een gespecialiseerd organisme;

- De controle verloopt op geautomatiseerde wijze waardoor alle elektronische facturen kunnen gecontroleerd worden;

- De attesten van dringende medische hulp (aan personen die illegaal op het grondgebied verblijven) kunnen (a posteriori) gecontroleerd worden via een adviserend geneesheer.

- o Voordelen voor de zorgverstrekkers :

- Sneller geïnformeerd over de verschillende beslissingen tot tenlasteneming;

- Kennen veel sneller het bevoegd OCMW;

- Alle informatie verloopt via een uniek kanaal;

- De facturatie verloopt via een uniek contactpunt;

- Snellere terugbetaling van de kosten ten laste van de Staat.

Vanaf 1 juni 2013 is de eerste fase van het bovenvermeld project in voege getreden. Dit betekent dat vanaf deze datum de piloot-OCMW's hun beslissingen in de gegevensbank kunnen inbrengen en dat de piloot- ziekenhuizen deze elektronische beslissingen kunnen consulteren.

De terugbetaling van een aantal medische kosten voor deze piloot-OCMW's zal dus niet meer via het klassieke terugbetalingscircuit « wet 65 » verlopen. Het OCMW brengt zijn beslissing rechtstreeks in een gegevensbank in en het deel ten laste van de staat zal rechtstreeks door de HZIV aan de zorgverstrekker worden betaald.

Voor de overige OCMW's start de eerste fase op 1 oktober 2013. Vanaf dit moment dienen de zorgverstrekkers ook de OCMW-beslissingen raadplegen.

De zorgverstrekkers krijgen nog tot 1 januari 2014 om in te stappen voor wat de elektronische facturatie via de HZIV betreft.

Een nieuwe methode van werken brengt echter onvermijdelijk een aantal aanpassingen met zich mee. Het doel van deze omzendbrief is om, naast een aantal algemene zaken, de specifieke instructie voor de facturatie van geneeskundige zorgen in het kader van MediPrima mee te delen.

Begrippen

In de gewijzigde terugbetalingsprocedure kunnen twee soorten beslissingen ingebracht worden, namelijk een principiële beslissing en een waarborg voor de tenlasteneming.

Beide beslissingen zijn juridische volwaardige OCMW-beslissingen, genomen (door de Raad of via delegatie) na het voeren van een sociaal onderzoek.

Een principiële beslissing is een beslissing van het OCMW waarbij deze zijn bevoegdheid erkent én te kennen geeft dat de betrokkene behoeftig is. Er wordt echter nog geen specifieke medische hulp vastgelegd en er is dus ook nog geen aflevering van een betaalverbintenis bij consultatie van deze beslissing.

Dit verklaart meteen het verschil met de waarborg voor de tenlasteneming. Bij deze beslissingen worden wel één of meerdere specifieke vormen van medische hulp vastgelegd en zal de zorgverstrekker bij consultatie ook een betaalverbintenisnummer kunnen bekomen.

Reikwijdte eerste fase

Definities :

- Verpleeginstelling : instelling die als dusdanig door de Rijksdienst voor Invaliditeits- en Ziekteverzekering is erkend (dus met RIZIV-nummer)

- Hospitalisatie : minstens één overnachting (1)

- Ambulante zorgen : omvatten zowel medische en farmaceutische kosten (2)

De medische kosten in de eerste fase betreffen deze die gemaakt werden in en gefactureerd door een verpleeginstelling. Het betreffen zowel de hospitalisaties als de ambulante zorgen.

In de eerste fase wordt de doelgroep voor bovenvermelde kosten beperkt tot de behoeftige personen die niet over een ziektekostenverzekering beschikken die de risico's in België dekt en die niet kunnen aangesloten worden bij een mutualiteit.

De personen die tot deze doelgroep behoren, zullen voornamelijk tot één van de volgende categorieën behoren :

- illegaal in het Rijk verblijvend;

- een asielprocedure hebben lopen en ten laste zijn van een OCMW (LOI of financiële steun);

- over een ontvankelijke aanvraag tot machtiging van verblijf om medische reden beschikken (zgn. 9ter).

(1) Een verblijf in een dagkliniek wordt hier dus als ambulante zorg beschouwd.

(2) Stel dat bij een consultatie in het ziekenhuis een medicijn wordt voorgeschreven en dit medicijn buiten het ziekenhuis gekocht wordt in een apotheek, dan beperken de ambulante zorgen zich tot de medische consultatie.

Wettelijke bepalingen

Wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de OCMW's.

De wet van 27 december 2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg heeft de wet van 2 april 1965 gewijzigd.

Een artikel 9ter werd ingevoegd om de nieuwe procedure wettelijk te verankeren.

In de paragraaf 5 van het voormelde artikel wordt de HZIV ermee belast om controles en de terugbetaling van de medische kosten te verrichten in naam en voor rekening van de Staat.

Ook wordt er in vermeld dat op voorstel van het Verzekeringscomité van het RIZIV de POD MI de instructies betreffende de facturatie op elektronische drager van toepassing op de facturatie bepaalt.

Op 17 juni 2013 werden de betreffende richtlijnen (versie 5.1) door het Verzekeringscomité van het RIZIV goedgekeurd (zie ook « Facturatie »).

Zoals reeds bij de inleiding werd vermeld is de eerste fase van het project MediPrima in werking getreden op 1 juni 2013. Dit is het geval voor alle OCMW's en verpleeginstellingen die beantwoorden aan de technische vereisten.

Op de website van de POD MI wordt een lijst bijgehouden van de instellingen die al aan de vereisten beantwoorden.

Op 1 oktober 2013 moeten evenwel alle OCMW's aan de technische vereisten voldoen en moeten ze dan ook – voor de behoeftigen m.b.t. de eerste fase – verplicht gebruik maken van de nieuwe terugbetalingsprocedure.

Ook zullen de verpleeginstellingen vanaf 1 oktober 2013 de OCMW-beslissingen moeten raadplegen, dit om ondermeer na te gaan of en welke kosten door het OCMW of door de Staat ten laste worden genomen en om een eventueel betaalverbintenisnummer te verkrijgen. De verpleeginstellingen die (nog) niet de nodige ontwikkelingen hebben gedaan om een dergelijke consultatie mogelijk te maken via het gebruikelijke klantenbeheersysteem, kunnen gebruik maken van een gratis webtoepassing die hiervoor door de POD MI ter beschikking wordt gesteld.

De zorgverstrekkers krijgen evenwel nog tot 1 januari 2014 om in te stappen voor wat de elektronische facturatie via de HZIV betreft.

Facturatie

De facturen waarvoor er een tenlasteneming door de Staat bestaat, worden op elektronische wijze door de zorgverstrekker aan de HZIV bezorgd met inachtneming van onderstaand proces. De HZIV controleert deze facturen en betaalt in naam van de POD MI.

1. Algemene procedure

Elke maand bezorgt de derde betaler (zorgverlener/instelling) aan de HZIV een factureringsbestand met de zorgen verstrekt in het kader van MediPrima. Er hoeft geen enkele papieren factuur naar de HZIV opgestuurd te worden.

Het zal gaan om een afzonderlijk bestand, los van de zendingen met betrekking tot de facturering aan de verzekerden van de HZIV.

Het factureringsbestand bevat alle afrekeningen van een maand, op basis van het opnamenummer in geval van hospitalisatie en op basis van het volgnummer van de individuele facturen in geval van ambulante verstrekkingen.

2. Factureringsproces

2.1. Geldigheid van de factureringzendingen

Bij ontvangst van een factureringsbestand, controleert de HZIV de aanvaardbaarheid van het factureringsbestand.

De factureringsbestanden worden via CareNet of MyCareNet overgemaakt.

De regels die beschreven worden in de richtlijnen voor de facturering op elektronische drager zijn van toepassing.

2.2. Verantwoordelijkheden

De tarifiering wordt uitgevoerd door de HZIV.

Alle vragen betreffende de verworpen facturen of verstrekkingen, of betalingen kunnen gericht worden aan de helpdesk elektronische facturatie via volgend adres : MediPrima@hziv.fgov.be.

De betaling van de kosten, die door de POD MI ten laste worden genomen, wordt uitgevoerd door de HZIV.

2.3. Controle van de facturen en rechtzettingen

De verworpen facturen of verstrekkingen moeten opnieuw toegevoegd worden aan een elektronische zending.

2.4. In geval van facturering via Carenet/MyCareNet

De regels die beschreven worden in de richtlijnen voor de facturering op elektronische drager zijn van toepassing.

De headers van de verschillende berichten (records 100, 200, 300) worden opgesteld overeenkomstig de richtlijnen (zie www.carenet.be), uitgezonderd de zones 102 en 103 waar het nieuwe pseudo (690) nummer VI wordt ingevuld.

Als de HZIV een betaling, in opdracht van de POD MI uitvoert, zal er een afrekenbestand(920900) worden verzonden.

3. Technische specificaties

De regels die beschreven worden in de richtlijnen voor de facturering op magnetische of elektronische drager zijn van toepassing.

Het pseudonummer van de verzekeringsinstelling en mutualiteit van aansluiting voor de geneeskundige verzorging in het kader van MediPrima is 690.

4. Identificatie van de patiënten

Begunstigden van een MediPrima worden geïdentificeerd aan de hand van een INSZ- of BIS-nummer.

2.5. Betaling.

Maandelijks stuurt de HZIV naar de POD MI een afrekenbestand van alle individuele facturen, aangevuld met de werkelijk betaalde bedragen.

Wanneer een OCMW kosten ten laste neemt - deel waarvoor er geen Staatstussenkomst is - wordt de facturatie door de zorgverstrekker via een papieren factuur voorlopig behouden.

Dit belet natuurlijk niet dat OCMW's, die al klaar zijn om te werken met elektronische facturen, zelf overeenkomsten in die zin gaan afsluiten.

2.6 Modeldocumenten.

Om het werk van de OCMW's enerzijds en de zorgverstrekkers anderzijds zoveel mogelijk te stroomlijnen, werden een aantal modeldocumenten uitgewerkt. Door het gebruik van deze documenten wordt een uniforme manier van werken gecreëerd zodat het ook voor éénieder overzichtelijk wordt.

Volgende documenten – zie bijlagen – werden uitgewerkt :

1. Verbindingsfiche (vertrouwelijk verwijsformulier)

Via dit document verschaft het ziekenhuis een aantal algemene gegevens aan het OCMW. Dit document wordt gebruikt wanneer de zorgen niet dringend zijn en de persoon zich eerst naar het OCMW kan begeven.

2. Fiche sociaal onderzoek (Sociaal onderzoek in geval van dringende zorgen/opname)

Via dit document verschaft het ziekenhuis een aantal gegevens van het eigen sociaal onderzoek aan het OCMW. Het OCMW kan op deze gegevens verder werken. Dit document wordt gebruikt wanneer de persoon zich niet eerst naar het OCMW kan begeven.

3. Formulier inzake tenlastneming medische kosten

Het betreft een document dat aan een behoeftige persoon kan meegegeven worden die over geen enkel officieel document beschikt waarop zijn INSZ wordt vermeld. Aangezien het INSZ onontbeerlijk is voor de zorgverstrekker (zonder INSZ kan hij immers de gegevensbank niet consulteren), werd dit modeldocument uitgewerkt. Op dit document wordt er verder geen informatie rond de genomen OCMW-beslissing vermeld!

4. Attest dringende medische hulp voor de zorgverstrekker

Het betreft een attest dat de zorgverstrekkers dienen te gebruiken wanneer het medische hulp betreft voor een illegaal in het Rijk verblijvende persoon.

Recordtype van het type 10/R10

De regels die beschreven worden in de richtlijnen voor de facturering op magnetische of elektronische drager zijn van toepassing.

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
3	Aantal financiële rekeningnummers	1 N	0 : Rekeningnummer A 1 : Totaal uitgesplitst over rekeningnummer A en B
31-34	BIC financiële rekeningnummer A	11 A	
36-41	IBAN financiële rekeningnummer A	34 A	
43a	BIC financiële rekeningnummer B	11 A	
49-52	IBAN financiële rekeningnummer B	34 A	

Recordtype van het type 20/R20

Hieronder worden de zones weergegeven waarvan de inhoud/controle gewijzigd moeten worden :

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
7	Nummer mutualiteit van aansluiting	3 N	690
8	Identificatie rechthebbende MediPrima	13 A	INSZ of BIS nummer
18	Nummer mutualiteit van bestemming	3 N	690
27	CG1 CG2	10 N	Enkel nullen ingeven
42-45	Referentie SIS-kaart	48 A	Enkel nullen ingeven
53	Begindatum verzekeraarbaarheid	8 N	Enkel nullen ingeven
54	Einddatum verzekeraarbaarheid	8 N	Enkel nullen ingeven
55	Datum mededeling informatie	8 N	Enkel nullen ingeven

Zone 4, 5, 6, 13, 22 :

Bij hospitalisatie dienen deze zones ingevuld te worden, niettegenstaande er noch een hospitalisatiedossier via Carenet/MyCareNet, noch een papieren hospitalisatiedossier, moet ingediend worden.

Bij ambulante prestaties worden deze zones met nullen opgevuld.

Recordtype van het type 25/R25

Hieronder worden de zones weergegeven van het nieuwe record 25.

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
1	Recordtype	2 N	25
2	Volgnummer Record	6 N	
7	Nummer mutualiteit van aansluiting	3 N	690
8	Identificatie rechthebbende MediPrima	13 A	INSZ of BIS nummer
9	Geslacht rechthebbende	1 N	
12	Code « Dringende Medische hulp »	1 N	1 (dringende medische hulp) of 0 (geen dringende medische hulp)
14	Nummer facturerende instelling	12 N	
15	Nummer revalidatie	12 N	
18	Nummer mutualiteit van bestemming	3 N	690
24-25	Nummer individuele factuur	12 N	
27	Code dekking	10 N	Gegevens ontvangen van database MediPrima
28	Referentie instelling	25 A	
32	Flag identificatie rechthebbende	1N	Steeds 1
38	KBO nr OCMW	12 A	Gegevens ontvangen van database MediPrima
42-45	Referentie betalingsverbintenis	48 A	Gegevens ontvangen van database MediPrima

53	Begindatum dekking	8 N	Gegevens ontvangen van database MediPrima
54	Einddatum dekking	8 N	Gegevens ontvangen van database MediPrima
55	Datum consultatie database MediPrima	8 N	Gegevens ontvangen van database MediPrima
56-58	Kaartnummer	12 N	Gegevens ontvangen van database MediPrima
59	Kaartversie	6N	Gegevens ontvangen van database MediPrima
99	Controlecijfer van het record	2 N	Zie R10 Z99 van de instructies

Zone 4, 5, 6, 13, 22 :

Bij hospitalisatie dienen deze zones ingevuld te worden, niettegenstaande er noch een hospitalisatiedossier via Carenet/MyCareNet, noch een papieren hospitalisatiedossier, moet ingediend worden.

Bij ambulante prestaties worden deze zones met nullen opgevuld.

Recordtype van het type 30/R30

Hieronder worden de zones weergegeven waarvan de inhoud/controle gewijzigd moeten worden :

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
4	Pseudo-codeverpleegdag	7 N	Pseudo-codesdagprijs (*) 100 %
7	Nummer mutualiteit van aansluiting	3 N	690
19	Bedrag tegemoetkoming ZIV	1 A + 11N	100 % van het bedrag
27	Persoonlijk aandeel	1 A + 9 N	Enkel nullen ingeven
30	Bedrag supplement (deel 1)	1 A + 1 N	Enkel nullen ingeven
31	Bedrag supplement (deel 2)	8 N	
33	Code persoonlijk aandeel	1 N	1

(*) Pseudo-codes voor de dagprijs aan 100 % :

Acute ziekenhuizen : Dagprijs 100 %	0768504
Chirurgisch dagziekenhuis : Dagprijs 100 %	0768471 0768482
AZ Sp-diensten ander dan palliatieve : Dagprijs 100 %	0768460
AZ palliatieve Sp-diensten : Dagprijs 100 %	0768445
Psychiatrisch ziekenhuis : Dagprijs 100 %	0768423
Centra voor brandwonden : Dagprijs 100 %	0768401

Recordtype van het type 40/R40

Hieronder worden de zones weergegeven waarvan de inhoud/controle gewijzigd moeten worden :

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
4	Pseudo-codeverpleegdag	7 N	Pseudo-codesdagprijs (*) 100 %
7	Nummer mutualiteit van aansluiting	3 N	690
19	Bedrag tegemoetkoming ZIV	1 A + 11N	100 % van het bedrag
27	Persoonlijk aandeel	1 A + 9 N	Enkel nullen ingeven
30	Bedrag supplement (deel 1)	1 A + 1 N	Enkel nullen ingeven
31	Bedrag supplement (deel 2)	8 N	
33	Code persoonlijk aandeel	1 N	1

* Indien het ziekenhuis de tussenkomst van het OCMW voor niet-vergoedbare medicatie in het kader van de ZIV niet kent, worden de bedragen ten laste van de patiënt opgenomen in de zone 27.

Recordtype van het type 50/R50

Hieronder worden de zones weergegeven waarvan de inhoud/controle gewijzigd moeten worden :

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
7	Nummer mutualiteit van aansluiting	3 N	690
19	Bedrag tegemoetkoming ZIV	1 A + 11N	Bedrag ten laste van POD MI
27	Persoonlijk aandeel	1 A + 9 N	Bedrag ten laste van patiënt (ev. PA, niet vergoedbare prestaties, supplementen) *
30	Bedrag supplement (deel 1)	1 A + 1 N	Bedrag ten laste van OCMW (ev. PA, niet vergoedbare prestaties, supplementen) *
31	Bedrag supplement (deel 2)	8 N	
33	Code persoonlijk aandeel	1 N	1

* Indien het ziekenhuis de tussenkomst van het OCMW voor niet-vergoedbare prestaties in het kader van de ZIV of voor supplementen niet kent, worden de bedragen ten laste van de patiënt opgenomen in de zone 27.

Recordtype van het type 80/R80

Hieronder worden de zones weergegeven waarvan de inhoud/controlle gewijzigd moeten worden :

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
7	Nummer mutualiteit van aansluiting	3 N	690
8	Identificatie rechthebbende	13 A	INSZ of BIS nummer
18	Nummer mutualiteit van bestemming	3 N	690

Varia

Ter informatie willen we tevens meedelen dat voor alle gebruikers ook een gebruikershandleiding en een powerpointpresentatie voor de vormingen werd opgemaakt. Tevens werden ook een aantal veelgestelde vragen, die tijdens de voorbereidende werken naar vorkwamen, opgelijst.

Al deze documenten, samen met een aantal technische documenten, zijn terug te vinden op de website (<http://www.mi-is.be/be-nl/e-government-en-webapplicaties/mediprima>).

Concreet gaat het om volgende documenten :

Handleidingen

- Testgids MediPrima ter bestemming van de zorgverstrekkers en hun softwareproducenten
- Testgids MediPrima ter bestemming van de OCMW's en hun softwarehuizen
- MediPrima – Cookbook
- Gebruikershandleiding voor OCMW's en zorgverstrekkers

Presentaties

- MediPrima – Voorstelling service eHealth
- Voorstelling MediPrima

FAQ

- Enkele vragen in verband met MediPrima

Technische documenten

- Foutcodes MediPrima
- MediPrima – Project Initiation Document
- MediPrima – Mapping R25
- MediPrima – Instructies elektronische facturatie
- MediPrima - WSDL eHealth
- Lijst van de Refundcodes POD MI support
- MediPrima – Cookbook & TSS Webdienst KSZ
- MediPrima – WSDL-XSD Webdienst KSZ

Tenslotte kunnen wij u meedelen dat momenteel al opleidingen gestart zijn voor de OCMW-sector. Deze opleidingen worden gegeven door de softwarehuizen met de steun van de verenigingen van steden en gemeenten.

Voor de ziekenhuizen wordt in de loop van september 2013 in een algemene presentatie (NL +Fr) voorzien door de POD MI en de HZIV, met logistieke steun van de Confederatie van zorginstellingen. De softwarehuizen zullen instaan voor de vormingen m.b.t. het gebruik van het gewijzigde informaticaprogramma.

In de hoop u hiermee van dienst te zijn, verblijven wij,

Hoogachtend,

De Vice-Eerste Minister
en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Mevr. L. ONKELINX

De Staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke integratie en Armoedebestrijding,

Mevr. M. DE BLOCK

VERTROUWELIJK VERWIJSFORMULIER

Gegevens ziekenhuis	Datum opname/zorgen	
	Datum doorverwijzing	
	Maatschappelijk werker	
	Telefoon	

IDENTIFICATIEGEGEVENS PATIËNT

Naam			
Voornaam			
Geboortedatum			
Geslacht	M <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	
Verblijfsplaats	straat	nr.	
	postcode	gemeente	
Nationaliteit			
Gebruikte taal			
①			

KORTE SITUATIEBESCHRIJVING

--

AARD VAN DE MEDISCHE BEHOEFTE

--

DOEL VAN DE DOORVERWIJZING

--

Sociaal onderzoek in geval van dringende zorgen / dringende opname

Gegevens ziekenhuis	Datum opname/zorgen	
	Verzorgings-/patiëntnummer	
	Hospitalisatienummer	
	Dossiernummer OCMW	
	Referentie	

IDENTIFICATIEGEGEVENS PATIËNT

Naam			
Voornaam			
Geboorteplaats			
Geboortedatum			
Geslacht			
Domicilie	straat		nr.
	postcode	gemeente	
Verblijfplaats	idem domicilie <input type="checkbox"/>		
	straat		nr.
	postcode	gemeente	
Nationaliteit			
INSZ/Bisnummer			
ID-kaart afgeleverd op			
Contactpersoon	naam		
	straat		nr.
	postcode	gemeente	
	①		
Taalrol	N <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>
Register van inschrijving	BR <input type="checkbox"/>	VR <input type="checkbox"/>	WR <input type="checkbox"/>

VERZEKERBAARHEID**1. indien aangesloten bij een ziekenfonds*****Gegevens titularis (indien verschillend patiënt)***

Naam	<input type="text"/>	
Voornaam	<input type="text"/>	
Adres	straat	nr.
	postcode	gemeente

eventueel kleefbriefje aanbrengen

Naam ziekenfonds	<input type="text"/>
Aansluitingsnummer	
Code tegemoetkoming	
Begin wachttijd:	<input type="text"/>
Einde wachttijd:	<input type="text"/>

Andere ziekte-/ongevallenverzekering:

Ondernomen stappen indien persoon niet meer verzekerd is:

2. indien ziekteverzekering onbekend is bij verzorging

Datum aankomst in België

Afkomstig uit land met verbindingsorgaan

ja nee

Datum contactname met de HZIV

Afkomstig uit visumplichtig land

ja nee

Gedekt door een Europese verzekeringskaart

ja nee

Gedekt door een reisverzekering

ja nee

Bij weigering ten laste neming door verzekeraar, wat is het motief?

BORGSTELLING - ONDERHOUDSPLICHT**Borg-/garantsteller**

Naam

Voornaam



Adres

straat

nr.

postcode

gemeente

Borgsteller aanvaard de kosten

ja nee *Opmerkingen:***Onderhoudsplichtige**

Naam

Voornaam



Adres

straat

nr.

postcode

gemeente

Onderhoudsplichtige aanvaard de kosten

ja nee *Opmerkingen:*

GEZINSSAMENSTELLING EN INKOMSTEN**Gezinssamenstelling patiënt**

Naam + voornaam	geboortedatum	nationaliteit	familieband

Inkomsten gezin

Naam + voornaam	gegevens werkgever	netto maandbedrag

Andere inkomsten

	bedrag
maandelijkse huuropbrengsten	
onroerend eigendom	

MAANDELIJKSE LASTEN

	bedrag
huur	
energie (elektriciteit, gas,...)	
water	
telefoon/GSM	
kredieten	

Is er schuldbemiddeling

ja nee

↳ coördinaten:

--

VERBLIJFSREDEKENEN

- lang verblijf met de bedoeling zich in België te vestigen
- familiebezoek
- toerisme
- zaken, werk
- asielzoeker
- erkend vluchteling
- medische redenen
- andere, namelijk :

CONCLUSIE EN VOORSTEL**omstandigheden van de opname/zorgen:**

- | | |
|--|--------------------------|
| Opname vanuit een openbare plaats | <input type="checkbox"/> |
| Opname vanuit een privé plaats | <input type="checkbox"/> |
| Verkeersongeval | <input type="checkbox"/> |
| Ongeval op school | <input type="checkbox"/> |
| Andere | <input type="checkbox"/> |
| Verduidelijking andere omstandigheden: | |

voorstel :

VERKLARING EN ONDERTEKENING

Ik, ondergetekende, verklaar niet bij machte te zijn om te kosten van de medische verzorging zelf ten laste te nemen. Ik wil daarom een beroep doen op de tussenkomst van een OCMW en mandateer hiervoor de sociale dienst van het ziekenhuis om in mijn naam de aanvraag in te dienen. Ik verklaar op eer dat alle in het document vermelde elementen waar en oprecht zijn en ik autoriseer het OCMW om deze verklaringen te verifiëren.

Gedaan te,

op

*Handtekening patiënt, voorafgegaan door de vermelding "**gelezen en goedgekeurd**"*

VERSLAG BEVINDINGEN SOCIALE DIENST

DATUM

MAATSCHAPPELIJK WERKER

HANDTEKENING

Attest DRINGENDE MEDISCHE HULP voor een vreemdeling zonder wettig verblijf

OCMW:

VERSTREKKING

Datum/periode verstrekking:

van

tot

TYPE	AANTAL	EVENTUELE VERDUIDELIJING
ziekenhuisopname <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ambulante ziekenhuisverpleging <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
consultatie arts <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
medicatie <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
paramedisch <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
prothese <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
medisch vervoer <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
diverse <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

↪ facultatief

PATIËNTGEGEVENS

naam en voornaam:

geboortedatum:

verblijfplaats:

nationaliteit:

geslacht:

M

V

INSZ:

AFLEVEREND GENEESHEER

naam en voornaam:

adres:

RIZIV-nummer:

datum opmaak:

Handtekening: