



Mediprima

La réforme de l'aide médicale octroyée par les CPAS



POD | Maatschappelijke Integratie
SPP | Intégration Sociale

22 Mars 2013

Table des matières

Introduction

1	Notions de base.....	5
1.1.	Aide médicale:	5
1.2.	Aide Médicale Urgente.....	5
1.3.	L'urgence médicale.....	5
1.4.	Personnes pouvant bénéficier de l'aide médicale	6
1.5.	Établissements de soins	6
1.6.	Résidence habituelle et effective.....	6
1.7.	Décision de principe et la garantie de prise en charge	6
2	Règles de base	7
2.1.	Règle des 45 jours	7
2.2.	Une décision par personne.....	7
2.3.	La prise en charge du CPAS.....	7
2.4.	La prise en charge par l'Etat (SPP IS).....	7
2.5.	Règles de compétence territoriale.....	7
2.6.	Modification des droits d'une décision	8
2.7.	"Garantie pour le dispensateur de soins"	8
3	Objectifs Mediprima	8
3.1.	La réforme Mediprima a plusieurs objectifs	8
3.2.	Une triple garantie	9
3.3.	Objectifs des modifications	9
3.4.	Harmonisation des procédures des prises en charge de l'aide médicale.....	10
3.5.	Le phasage.....	11

Le patient se présente au CPAS

1	Le CPAS consulte les décisions de prise en charge.....	14
1.1.	La compétence territoriale.....	14
1.2.	Le CPAS n'est pas compétent	14
1.3.	Il y a 2 deux types de consultation :.....	14
1.4.	Le dossier d'aide sociale.....	16
1.5.	Le CPAS réalise l'enquête sociale	16
1.6.	Les sources d'information du CPAS.....	16
1.7.	Le CPAS prend une décision	17
2	Le CPAS effectue une simulation.....	18
2.1.	Le CPAS consulte le SPP IS.....	18
2.2.	Le SPP IS analyse et répond	18
3	Le CPAS prend une décision de prise en charge.....	19
3.1.	Le CPAS notifie sa décision au patient	19
3.2.	Le CPAS introduit sa décision dans le système central des décisions de prise en charge	20
3.3.	La décision de principe	21
3.4.	La garantie de prise en charge	22
3.5.	Sélection d'un volet de la décision	22
3.6.	La décision de prise en charge est enregistrée.....	25
3.7.	Impression d'un "formulaire d'information concernant l'aide médicale" par le CPAS	26
3.8.	Le CPAS notifie sa décision à l'administration (le SPP IS) via les formulaires électroniques A et B.....	27
3.9.	Introduction d'un formulaire A	27
3.10.	Introduction d'un formulaire B	28
3.11.	Traitement des formulaires A et B par le SPP IS.....	28
4	Le CPAS prend une nouvelle décision de prise en charge.....	29
4.1.	Le CPAS modifie la décision électronique existante.....	29
4.2.	Dans quels cas le CPAS peut-il mettre à jour une décision ?	30
4.3.	Quand faut-il créer une nouvelle décision électronique de prise en charge ?	31
4.4.	Le CPAS arrête la décision de prise en charge ou la couverture d'une catégorie de soins.....	31
4.5.	Un cas particulier : la suspension de la décision par le SPP IS.....	32
5	Notification au CPAS de la suspension.....	32



Le patient se présente chez le prestataire de soins

1	Prise en charge des frais médicaux.....	34
1.1.	Identification du patient.....	34
1.2.	Le patient présente son formulaire d'information concernant l'aide médicale	34
1.3.	La consultation de l'assurabilité et des décisions électroniques de prise en charge du patient.....	34
1.4.	Quand a lieu la consultation des décisions de prise en charge?	34
1.5.	Les outils de consultation.....	35
1.6.	La recherche dans la base de données des décisions	35
1.7.	Il existe une décision de prise en charge avec une couverture appropriée.....	37
1.8.	Il n'y a pas encore de décision de prise en charge ou la décision ne couvre pas les prestations de soins	38
2	Le dispensateur de soins facture les soins donnés :.....	39
2.1.	La prestation de soins	39
2.2.	L'attestation d'Aide Médicale Urgente (AMU)	40
3	Une prescription vers un autre dispensateur/ prestataire	40

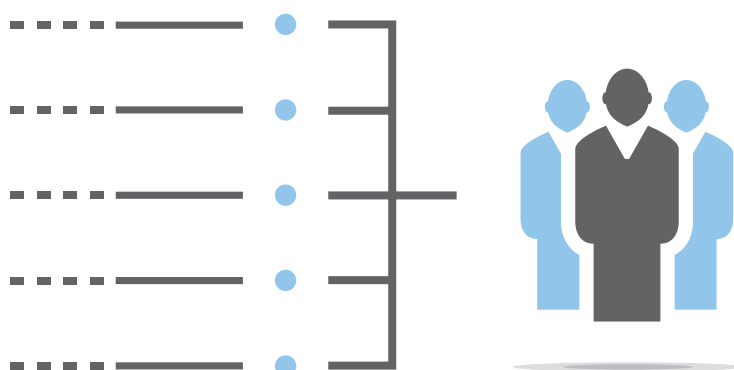
La facturation des frais médicaux dispensés aux personnes émergeant du CPAS

1	La facturation électronique à la CAAMI	42
1.1.	Identification des débiteurs.....	42
1.2.	Envoi des factures électroniques à la CAAMI :	43
1.3.	En cas de facturation via Carenet ou MyCareNet	43
1.4.	Spécifications techniques	43
2	La facturation papier	43
2.1.	Règle de production des factures papier :	43
2.2.	Présentation de la facture papier :	44
3	Le traitement de la facturation par la CAAMI	44
3.1.	Traitement de la CAAMI.....	44
3.2.	Corrections des factures	45
4	Réalisation des décomptes mensuels pour le SPP IS et les CPAS	45
5	Transmission des décomptes au SPP IS	45
6	Le SPP IS transmet les décomptes au(x) CPAS.....	45
7	Le CPAS traite le solde de la facture	46
7.1.	Consultation par le CPAS du décompte	46
7.2.	Contrôle des décomptes et/ou des factures par le CPAS.....	46
7.3.	Paiement par le CPAS	46
8	Dernière étape : le formulaire D.....	46
8.1.	Traitement du formulaire D par le SPP IS	47

Annexes

Introduction

La mise en place du système « Mediprima » a pour but de simplifier, de rationaliser et d'améliorer le traitement de l'aide médicale octroyée par les CPAS à des personnes



indigentes. Mediprima s'intègre dans le cadre de la réforme du remboursement des frais d'aide médicale octroyée par les CPAS.

L'initiative, provenant du SPP Intégration Sociale, rassemble plusieurs partenaires :

- Les CPAS ;
- Le SPP IS ;
- Les prestataires de soins ;
- La CAAMI ;
- La BCSS ;
- Les mutuelles ;
- le CIN ;
- eHealth ;
- L'ASA ;
- L'INAMI ;
- Les bénéficiaires de l'aide médicale.

Ce manuel de l'utilisateur a pour objectif de décrire le système Mediprima et de vous familiariser avec les différentes étapes du processus, en tant que CPAS ou en tant que prestataire de soins.



1 Notions de base

1.1. Aide médicale:

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

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

1.2. Aide Médicale Urgente

Selon la loi¹, l'Aide Médicale Urgente, appelée AMU, est une forme d'aide sociale exclusivement destinée aux personnes étrangères en séjour illégal, c'est-à-dire des personnes étrangères n'ayant pas (ou plus) de titre de séjour valable en Belgique.

Selon l'arrêté royal², l'Aide Médicale Urgente couvre des prestations exclusivement médicales, y compris l'hospitalisation avec frais de séjour et de nourriture.

L'AMU inclut des soins à caractère **curatif** mais aussi **préventif**. A ce titre, des séances de kinésithérapie, des examens médicaux, etc... peuvent entrer en ligne de compte à condition qu'ils soient couverts par une attestation d'aide médicale urgente.

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

L'application de cette réglementation (AMU) par un certificat ou attestation d'Aide Médicale Urgente. Ce dernier doit être délivrée par un médecin ou dentiste agréé, c'est-à-dire reconnu par la Santé Publique et disposant d'un numéro d'identification INAMI.

En cas de frais pharmaceutiques, une attestation d'Aide Médicale Urgente du médecin prescripteur doit également être délivrée.

Par ailleurs, l'Aide Médicale Urgente ne doit pas être confondue avec l'urgence au sens médical et hospitalier.

1.3. L'urgence médicale

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

En effet, l'urgence au sens médical et hospitalier peut être définie comme étant l'état physique d'un patient qui nécessite une intervention immédiate au risque de

mettre en péril les fonctions vitales du patient concerné ou qui nécessite des actes techniques urgents et indispensables afin d'éviter des complications ultérieures.

1.4. Personnes pouvant bénéficier de l'aide médicale

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

- Des personnes en séjour illégal :

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

- Des personnes non assurées demandeurs d'aide d'un CPAS :

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

- Des personnes assurées demandeurs d'aide d'un CPAS :

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

1.5. Établissements de soins

Le terme établissement de soins est un terme général qui couvre tous les établissements où l'on accorde des soins médicaux³.

1.6. Résidence habituelle et effective

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

1.7. Décision de principe et la garantie de prise en charge

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

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





2 Règles de base

2.1. Règle des 45 jours

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

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

Les frais afférents à des aides octroyées au cours d'une période de plus de 45 jours avant la décision ne sont pas pris en charge par l'Etat.

2.2. Une décision par personne

Une décision électronique de prise en charge médicale doit être individuellement introduite pour chaque bénéficiaire.

2.3. La prise en charge du CPAS

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

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

2.4. La prise en charge par l'Etat (SPP IS)

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

Ainsi, seules les prestations pour lesquelles il existe un code ou un pseudo-code dans la nomenclature INAMI⁴ peuvent être prises en considération pour une prise en charge par le SPP IS. Le remboursement de ces prestations sera plafonné au tarif de l'INAMI.

2.5. Règles de compétence territoriale

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

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

Les règles d'exception de la loi du 02/04/1965 restent d'application⁵.

2.6. Modification des droits d'une décision

Toute **réduction de droits** peut seulement entrer en vigueur le jour + 1, c'est-à-dire le lendemain après le changement.

Par contre, toute **extension des droits** entre en vigueur le jour même.

Une **modification rétroactive** des droits de la décision de couverture peut être réalisée uniquement si elle résulte d'une augmentation des droits. Le CPAS peut accorder de nouveaux droits avec un effet rétroactif de maximum 45 jours, sauf dans le cas d'une décision judiciaire.

Une décision ne peut être modifiée rétroactivement pour réduire les droits.

Le CPAS peut également étendre une couverture d'une décision qui n'est plus active le jour de la modification.

2.7. "Garantie pour le dispensateur de soins"

Le dispensateur de soins a la garantie que les traitements, les consultations et les soins qu'il prodigue, conformes aux termes de la décision électronique, seront pris en charge, même si le CPAS change (limite) les droits dans le futur.

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



3 Objectifs Mediprima

3.1. La réforme Mediprima a plusieurs objectifs

- L'informatisation de la décision de prise en charge :
Cette décision est enregistrée dans le système Mediprima par le CPAS, qui s'engage ainsi à prendre en charge (entièrement ou partiellement) les frais médicaux des personnes en difficultés financières., dans le respect des modalités réglementaires.
- Le transfert financier à la CAAMI :
Le paiement de l'intervention de l'Etat dans la prise en charge des frais médicaux des personnes émergeant d'un CPAS, est transféré à la CAAMI à la place des CPAS.
- L'amélioration des contrôles via :
 - Une base de données centralisée qui rend impossible une demande simultanée d'intervention auprès de plusieurs CPAS.
 - Des contrôles systématiques des factures par la CAAMI sur base des règles en vigueur dans l'AMI et sur base des informations dans cette base de données.



3.2. Une triple garantie

La décision électronique de prise en charge des soins représente une triple garantie :

- L'assurance de l'accès à l'aide médicale pour la personne qui bénéficie d'une aide médicale :
Ceci dans les limites décrites dans la décision électronique de prise en charge des soins.
- L'assurance du remboursement pour le dispensateur de soins :
Le dispensateur de soins a la garantie que les traitements, les consultations et les soins qu'il prodigue, conformes aux conditions de la décision électronique, seront pris en charge.
- L'assurance pour le CPAS :
La partie à charge de l'Etat sera payée directement au prestataire de soins.

3.3. Objectifs des modifications

Ces modifications fondamentales visent en particulier

- La simplification des échanges entre les différents intervenants en rationalisant les circuits et en les informatisant :
 - L'accès direct et électronique de tous les intervenants (y compris les dispensateurs de soins) à la décision de prise en charge du CPAS (y compris les limites mises à cette prise en charge).
 - Des procédures harmonisées.
 - La même information pour tous les acteurs, une plus grande transparence.
 - La rapidité de l'information centralisée.
 - Le contrôle systématique des factures par la CAAMI.
 - Un traitement simplifié des factures par les CPAS.
- La diminution de la charge administrative :
 - Pour les CPAS :
 - Moins de contrôles des factures, des prestations médicales et de la tarification complexe de celles-ci.
 - Pour les dispensateurs de soins :
 - Consultation aisée de l'existence d'une prise en charge d'une aide médicale et du CPAS compétent ;
 - L'envoi des factures à la CAAMI pour les bénéficiaires des CPAS couverts par une aide médicale.
- La sécurité juridique des intervenants :
 - Les décisions des CPAS sont reconnues par les autres intervenants.
 - Les dispensateurs de soins, qui ont consulté la base de données des décisions, sont au courant des modalités selon lesquelles ils seront remboursés.

- L'accélération des paiements :
 - Généralement un seul point de contact (la CAAMI) pour le paiement des factures ;
 - La réduction de la charge financière pour les CPAS. Ils n'ont plus à avancer la part de l'Etat ;
 - Une garantie pour les dispensateurs de soins d'un paiement plus rapide des prestations.
- Le contrôle automatique des dépenses en aide médicale :
 - La mise en place de contrôles automatisés par la CAAMI sur les factures de soins de santé.
- La réduction des obstacles à l'accès aux soins de santé pour le bénéficiaire de l'aide sociale.

3.4. Harmonisation des procédures des prises en charge de l'aide médicale

Le projet prévoit de revoir fondamentalement le circuit de traitement des frais médicaux en faisant en sorte que tous les acteurs travaillent désormais dans un système unifié et informatisé : Mediprima. Ce système couvre la gestion automatisée de l'aide médicale.

Ce projet institue une base de données centrale et centralisée, alimentée directement par tous les CPAS avec leurs décisions de prises en charge de l'aide médicale, les couvertures et les conditions particulières de celles-ci.

Cette base de données devient donc la source authentique pour toutes les décisions des CPAS en matière d'aide médicale.

Les informations qu'elle contient sont notamment :

- L'identification du patient ou bénéficiaire ;
- Le CPAS qui a pris la décision ;
- La date de validité de la décision de couverture ;
- Les pourcentages de prise en charge par l'Etat fédéral - représenté par le SPP IS ;
- Le statut de la personne ;
- L'existence d'une décision judiciaire ;
- L'assurabilité de la personne ;
- Le revenu qui est supérieur ou non au RIS ;
- Les décisions de couverture des CPAS, individualisées par type de soins :
 - Hospitalisations ;
 - Soins ambulatoires ;
 - Médecine générale ;
 - Prestations paramédicales ;
 - Frais pharmaceutiques ;
 - Prothèses ;
 - Transport médical ;
 - Divers.



Cette base de données authentique est accessible à tous les partenaires dans le traitement de l'aide médicale qui vont la consulter ou l'utiliser.

Il s'agit des CPAS qui doivent l'alimenter avec leurs décisions, mais aussi des dispensateurs de soins qui doivent la consulter et ultérieurement des OA, de la CAAMI, du SPP IS, etc ...

Le circuit de remboursement des frais médicaux s'en trouve fondamentalement modifié et automatisé :

- La CAAMI devient organisme payeur de l'intervention de l'Etat. Le paiement de la part de l'Etat par la CAAMI implique que cette part n'est plus préfinancée par le CPAS.
- Les factures des dispensateurs de soins seront intégrées à terme⁵ dans un circuit de facturation électronique depuis l'émetteur – le prestataire de soins - jusqu'au CPAS gestionnaire de l'aide

3.5. Le phasage

Vu l'ampleur du projet, un phasage est nécessaire.

- La phase 1

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.

Cela concerne notamment:

- des illégaux : des étrangers séjournant dans le Royaume sans titre de séjour valable ;
- des personnes dont la demande de régularisation sur base de l'article 9ter a été déclarée recevable ;
- des demandeurs d'asile en aide financière ou en ILA.

Il s'agit ici tant d'hospitalisations que de soins ambulatoires dans un établissement de soins.

- Les phases suivantes

Les phases ultérieures sont étendues à tous les prestataires de soins et tous les demandeurs d'une aide médicale auprès d'un CPAS. En fonction de l'évolution de l'informatisation des différents prestataires, il s'agira :

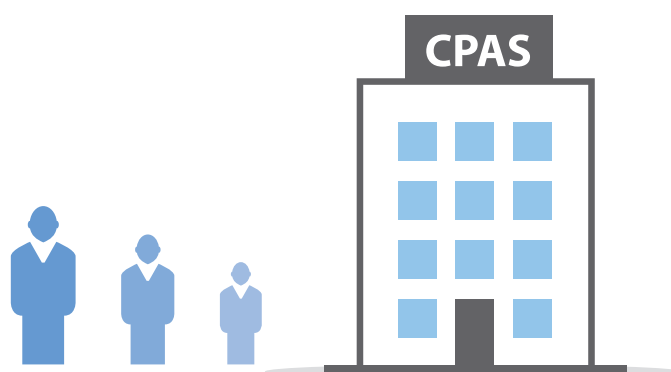
- des infirmiers ;
- des pharmacies ;
- des paramédicaux ;
- médecins généralistes ;
- etc...

- Remarque sur le phasage :

De ce phasage, il résulte que dans certains cas, le CPAS va créer une décision de prise en charge automatisée dans le système Mediprima et selon la voie classique (envoi d'un formulaire électronique A et B au SPP IS), et dans d'autres cas, il va introduire sa décision uniquement selon l'ancienne façon : un formulaire électronique A et B transmis au SPP IS.

Quand l'ensemble des prestataires de soins aura rejoint le dispositif Mediprima et que celui-ci couvrira l'ensemble des bénéficiaires de l'aide médicale, la prise en charge des frais médicaux et pharmaceutiques par l'Etat dépendra uniquement de la création par le CPAS d'une décision électronique de prise en charge dans le système Mediprima.

Le patient se présente au CPAS



Lorsqu'une personne nécessite des soins mais ne dispose pas des ressources suffisantes pour faire face à ses frais médicaux, elle doit demander une aide médicale à son CPAS compétent.

Si le CPAS n'est pas compétent, il transfère la demande au CPAS qu'il estime compétent.

Il est essentiel que la personne introduise sa demande au CPAS avant de se présenter chez un dispensateur de soins afin qu'une décision soit prise et introduite dans la base de données avant la prestation de soins.

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

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



1 Le CPAS consulte les décisions de prise en charge

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

1.1. La compétence territoriale

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

Cas exceptionnel

Que faire quand les soins ne peuvent être postposés et la personne n'a pas eu l'occasion d'introduire sa demande auprès de son CPAS ?

Dans ce cas particulier, la personne se rend, en urgence, directement à la garde d'un établissement de soins, où on examine l'urgence médicale. L'établissement de soins consulte alors la base de données Mediprima pour contrôler s'il existe déjà une décision de prise en charge pour cette personne. Si c'est le cas, l'établissement de soins contactera le CPAS qui a introduit cette décision.

Si l'établissement de soins ne trouve pas de décisions, il contactera, en premier lieu, le CPAS compétent, qui est celui de la commune où la personne réside habituellement.

Si la résidence habituelle ne peut être établie et que la demande est introduite pendant le séjour dans l'hôpital, c'est le CPAS de la commune de l'établissement de soins qui sera compétent pour analyser la demande. En fonction de son enquête, ce CPAS déterminera s'il est effectivement territorialement compétent pour octroyer l'aide et, s'il estime qu'il n'est pas compétent, devra transmettre la demande d'intervention au CPAS qu'il estime compétent.

1.2. Le CPAS n'est pas compétent

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

◦ Au patient,

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

◦ Au CPAS qu'il estime compétent,

Le CPAS mentionne les raisons de son incompétence.

◦ Eventuellement aussi au prestataire de soins,

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

En cas de refus de prise en charge de la demande par le deuxième CPAS, celui-ci est tenu d'informer dans les cinq jours ouvrables l'autorité fédérale en charge, c'est-à-dire le service Conflit de compétence du SPP IS.

1.3. Il y a 2 deux types de consultation :

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

◦ La recherche « simple » :

Pour obtenir la dernière version des décisions de prise en charge des soins médicaux, l'assistant social du CPAS fait une recherche sur :

- le **numéro NISS** du demandeur en combinaison avec une **date**.
- le **numéro NISS** du demandeur en combinaison avec une **période**.



- **Le numéro NISS du demandeur :**

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

- **Une date précise :**

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

- **Une période :**

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

- **Le numéro d'une décision de prise en charge :**

Chaque décision de prise en charge a un numéro unique qui est automatiquement attribué par le système lors de la création de la décision dans la base de données.

- La recherche sur « historique » :

Via cette recherche, on peut obtenir toutes les décisions dans la période concernée et pour la personne concernée.

Les résultats d'une consultation par le collaborateur du CPAS peuvent être :

- Pas de résultat :

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

- Une erreur technique :

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

- Une ou plusieurs décisions pour la même personne :

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

Remarque
Lorsqu'il y a plusieurs décisions pour la même personne, le système ne renvoie que les 15 décisions les plus récentes (en fonction de la période demandée).

Info

Le CPAS compétent peut encore modifier sa décision: étendre par exemple les droits à de nouveaux types de soins selon les besoins médicaux de la personne aidée, ou s'il se considère encore compétent, ou mettre fin à sa décision, s'il ne se considère plus comme compétent (voir le point « Le CPAS modifie la décision de prise en charge »).

Il y a deux possibilités :

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



1.4. Le dossier d'aide sociale

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

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

1.5. Le CPAS réalise l'enquête sociale

L'assistant social du CPAS effectue une enquête sociale⁷ pour constater l'indigence de la personne et pour vérifier s'il existe une assurance pour soins médicaux. Le demandeur fournit les documents nécessaires.

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

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

- L'état d'indigence du demandeur :

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

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

- La situation de séjour du demandeur :

Les personnes en séjour illégal, c'est-à-dire les personnes qui ne disposent pas ou plus d'un droit de séjour en Belgique, ne peuvent bénéficier que de l'Aide Médicale Urgente⁸ (AMU). Le caractère d'Aide Médicale Urgente est attesté par un médecin ou un dentiste agréé par l'INAMI et ne peut pas être confondu avec une urgence au sens médical du terme⁹.

- L'assurabilité du demandeur :

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

1.6. Les sources d'information du CPAS

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

En général, l'hôpital transmet les informations recueillies sous forme de documents

⁷ Voir "Arrêté royal relatif aux éléments de l'enquête sociale".

⁸ Loi du 08/06/1976 (CPAS) et A.R. du 12/12/1996 (AMU).

⁹ Voir "Notions de base".



structurés, comme la « fiche de liaison » ou la « fiche d'enquête sociale ».

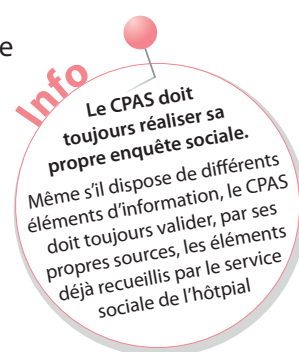
- La fiche de liaison (voir annexes) :

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

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

- La fiche d'enquête sociale (voir annexes) :

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



En fonction du résultat de l'enquête sociale, le CPAS peut établir :

- Une mise en ordre de la mutuelle :

Le CPAS veille à l'inscription de la personne auprès d'un OA ou à la régularisation du dossier mutuelle du demandeur. C'est la première mesure à entreprendre pour le CPAS si la personne est dans les conditions pour bénéficier de la couverture de l'assurance maladie-invalidité¹⁰.

- Une décision de prise en charge de l'aide médicale :

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

- Une décision de refus :

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

Sur base de l'enquête sociale, une proposition est élaborée. Cette proposition complète est soumise au Conseil de l'action sociale ou à l'organe délégué du CPAS qui prend une décision adéquate.

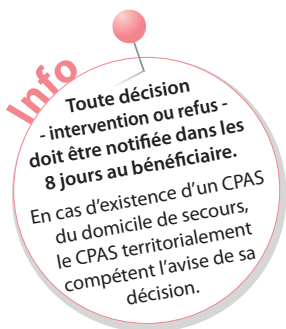
1.7. Le CPAS prend une décision

La proposition – qui comprend la demande d'aide médicale – est transmise au Conseil de l'action sociale, ou à l'organe délégué, pour décision.

Avant de prendre sa décision finale, le CPAS peut effectuer une **simulation**. Ainsi, le CPAS vérifie la possibilité d'une prise en charge par le SPP IS. Sur la base du résultat obtenu, le CPAS prend une décision.



¹⁰ Conformément à l'article 60, §5, de la loi organique. Si la personne aidée n'est pas assurée contre la maladie et l'invalidité, il l'affilie à l'organisme assureur choisi par elle, et, à défaut de ce choix, à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité. Il exige dans la mesure du possible une contribution personnelle de l'intéressé.



Lors d'une prise en charge des frais pour l'aide médicale, le CPAS entame la procédure de création de la décision électronique de prise en charge et ce, en fonction de la phase de développement du projet.

2 Le CPAS effectue une simulation

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

Il peut le faire à partir de son logiciel social sans nécessairement introduire une décision de prise en charge. Cette opération s'appelle une « simulation ».

2.1. Le CPAS consulte le SPP IS

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

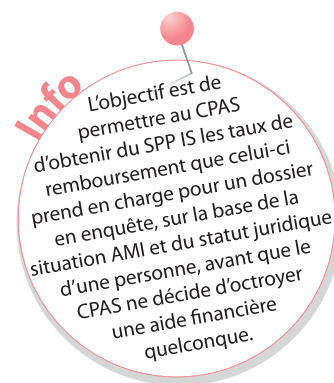
- Le numéro NISS de la personne : son identification ;
- La période de la couverture des soins de santé demandés ;
- Un indicateur signalant si le bénéficiaire dispose de revenus supérieurs ou égaux à celui du revenu d'intégration ;
- Un flag indiquant s'il y a eu une décision judiciaire.



2.2. Le SPP IS analyse et répond

Sur la base des éléments dont il dispose dans son système d'information, le SPP IS calcule les pourcentages d'intervention. Le calcul se fait en fonction du profil de la personne et en fonction des diverses catégories de soins que distingue la réglementation.

Cette information est transmise au CPAS demandeur.



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

La simulation est une opération qui ne débouche pas sur une action en base de données : aucune décision n'est enregistrée dans le système Mediprima.

En cas de contestation du CPAS, il doit prendre contact avec le SPP IS.





3 Le CPAS prend une décision de prise en charge

Après avoir effectué une enquête sociale et éventuellement une simulation, le Conseil de l'Action sociale ou une autre instance décisionnelle du CPAS décide de la prise en charge ou non des soins médicaux.

- **Refus d'intervenir** dans les frais médicaux :

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

- **Décision d'intervenir** dans les frais médicaux :

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

- Quelle(s) catégorie(s) de soins prendra-t-il en charge ?
- Quelle est la durée des couvertures octroyées ?
- Quelles sont les éventuelles limites budgétaires (franchises, etc.) ?
- Quels sont les éventuels dispensateurs de soins acceptés (quel médecin, quel hôpital) ?
 - En effet, le CPAS dispose d'une certaine autonomie de décision lui permettant de limiter son intervention au choix de certains dispensateurs de soins : hôpitaux ou médecins conventionnés avec le CPAS, etc.

- **Le cas de l'Aide Médicale Urgente**

Si un médecin a délivré une attestation d'aide médicale urgente et si la personne répond aux conditions imposées (cf. "Qui peut bénéficier de l'aide médicale"), le CPAS couvrira les prestations.

Mais même l'octroi de l'aide médicale urgente doit faire l'objet d'une décision du Conseil.

3.1. Le CPAS notifie sa décision au patient

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

- soit par lettre recommandée
- soit par remise d'un courrier en mains propres contre accusé de réception

La décision fixe la durée et les modalités exécutoires de l'aide médicale (par exemple une limite dans le temps).

3.2. Le CPAS introduit sa décision dans le système central des décisions de prise en charge

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

Si le délai de 8 jours est dépassé, les frais de la partie entre le 9^e jour et la date de la communication sont à charge du CPAS.

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

La décision comprend obligatoirement les éléments suivants :

- Le numéro NISS du bénéficiaire :

- La date de début de validité de la décision d'aide :

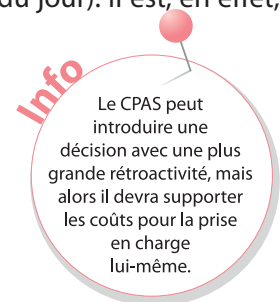
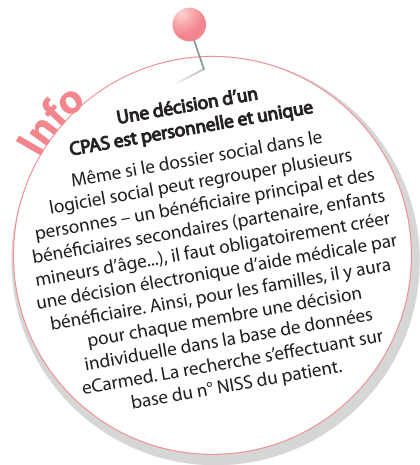
Elle peut être antérieure à la date d'introduction (date du jour). Il est, en effet, possible de donner un effet rétroactif à la décision pour couvrir par exemple des frais médicaux décidés dans les cas d'urgence médicale.

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

- La date de fin de validité de la décision d'aide :

La durée de validité de la décision d'intervenir est de maximum 12 mois (un an), ce qui correspond à la durée de validité de l'enquête sociale.

- Au bout de 12 mois, en effet, il faut renouveler l'enquête sociale. De même, une décision d'aide médicale ne peut être envoyée au SPP IS que pour une période d'un an maximum.



- Le flag « Revenus supérieurs ou équivalents au RIS » ;

Cette indication a une influence déterminante sur le remboursement du SPP IS. Si le CPAS indique ce flag, la prise en charge de l'Etat sera limitée à la part AMI de la facture.

- Le flag « décision judiciaire »

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

Dans le cas où l'aide octroyée débute au-delà du délai de 45^{ème} jour précédant la date de décision, le CPAS pourrait communiquer deux décisions électroniques :

- Une décision avec le flag « **hors remboursement par l'Etat** » et dont la période de validité court du 1^{er} jour de l'aide jusqu'au 46^{ème} jour précédant la date de décision :

Les frais pour les prestations reprises dans la couverture seront uniquement à charge du CPAS.

- Une décision dont la période de validité débute au 45^{ème} jour précédant la date de décision :

Les frais pour les prestations reprises dans la couverture et admises par l'Etat seront à charge de l'Etat dans les limites prévues légalement.

A ce stade, le CPAS peut créer une décision «**de principe**»¹² ou une «**garantie de prise en charge**»¹³. Le CPAS crée cette décision au moyen d'une application informatique développée par son fournisseur¹⁴ ou d'un outil web mis à disposition par la SPP IS.

3.3. La décision de principe

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

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

- La nécessité pour le CPAS de respecter le délai de 45 jours .

Une décision « de principe », même assortie d'aucune couverture effective, suffit pour respecter ce délai.

- L'identification du CPAS qui a pris la décision.

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

¹² Une décision de principe n'inclut aucune couverture. Les modalités de prise en charge devront alors être spécifiées lors d'une modification ultérieure de la décision de prise en charge des soins. Lorsque le dispensateur de soins consulte une décision de principe, celui-ci verra uniquement les données du CPAS qui en est responsable. Il n'est pas possible à ce stade que le dispensateur de soins consulte le contenu de la décision.

¹³ Une garantie de prise en charge comprend les modalités de prise en charge c-à-d les couvertures de soins et les données s'y rapportant. La durée d'une couverture pour une personne en séjour illégal sera toujours de 3 mois maximum.

¹⁴ Les interactions entre le CPAS et le SP P IS se feront toujours au travers de la BCSS.



- La nécessité d'éviter que plusieurs CPAS ne prennent une même décision pour une même personne.

La décision de principe « bloque » toute autre décision.

3.4. La garantie de prise en charge

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

Les couvertures de soins sont les grandes catégories de frais médicaux susceptibles d'être pris en charge par le CPAS ou l'Etat. Nous distinguons huit grandes catégories:

Phase 1

- **Hospitalisation :**

les frais de séjour dans un établissement de soins, comprenant les interventions liées à ce séjour et la nourriture, avec au moins une nuitée. Les établissements visés¹⁵ sont les hôpitaux et autres établissements où un diagnostic peut être fait ou une maladie peut être traitée.

- **Soins ambulatoires :**

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

- **Médecin :**

les consultations chez des praticiens.

- **Paramédical :**

les soins infirmiers, les séances de kinésithérapie, etc.

- **Frais pharmaceutiques :**

les médicaments payés en dehors d'un établissement de soins.

- **Prothèses :**

les frais de prothèses ex. prothèse dentaire ou lunettes.

- **Transport médical :**

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

- **Divers :**

les frais médicaux non repris dans les rubriques précédentes

Phases ultérieures

Le CPAS peut « sélectionner » ces couvertures indépendamment les unes des autres. Par exemple, si le CPAS décide de ne pas activer la couverture hospitalisation, les factures d'hospitalisation ne seront pas remboursées.

3.5. Sélection d'un volet de la décision

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

- La durée de validité :

Chaque couverture a sa propre durée de validité, qui doit néanmoins être



comprise dans la période de validité de la décision de prise en charge.

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

La **date de fin** de couverture doit se situer dans la période de validité de la décision. Pour les personnes en séjour illégal, elle ne peut dépasser 92 jours à compter de la date de début de couverture.

Si une facture de frais médicaux est introduite pour une prestation réalisée hors de cette période de validité¹⁶, elle sera rejetée par l'Etat.

◦ La prise en charge du CPAS :

Le CPAS doit introduire sa prise en charge pour chaque couverture sélectionnée et peut couvrir les volets suivants :

- La part AMI :

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

- La part patient :

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

- Les suppléments :

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

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

- Tout :

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

- Partiel :

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

- Rien :

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

Il s'agit de :

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

Le CPAS ne peut bien sûr pas prendre en charge ce qui est déjà couvert par l'Etat (le SPP IS). Ainsi, si le SPP IS couvre la part AMI et la part patient à 100%, le CPAS ne pourra appliquer le code remboursement « tout » pour ces deux catégories. L'intervention du CPAS sera résiduaire par rapport à l'AMI et à l'Etat.

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

- Les conditions particulières :

Chaque couverture peut être limitée par des conditions particulières de prise en charge, qui sont enregistrées sous forme de texte libre.

Ces conditions particulières seront consultables par le dispensateur de soins.

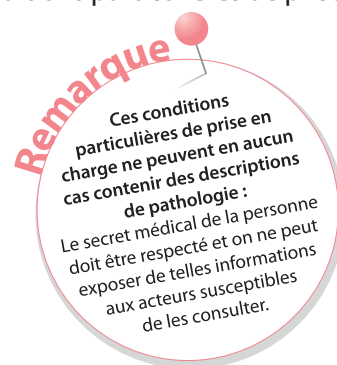
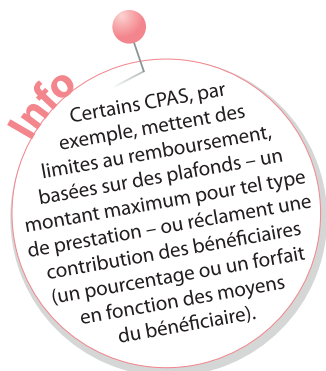
Dans le cas où la facture transmise au CPAS n'est pas conforme aux conditions explicitées, le CPAS pourra refuser sa prise en charge.

- Le(s) dispensateur(s) désigné(s) :

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

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

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



3.6. La décision de prise en charge est enregistrée

Après avoir pris une décision de prise en charge, le CPAS sélectionne, introduit et enregistre celle-ci dans le système central de décisions (voir plus haut). Pour ce faire, il doit suivre les démarches suivantes ;

- Transmission de la requête de création de la décision au SPP IS via la BCSS

Après avoir effectué une première série de contrôle (BCE du CPAS correct, NISS du bénéficiaire correct ...), la BCSS enrichit la requête avec les informations du Registre national (la T25 « allégée »), les informations de la BCSS (Registre des radiés et registre Bis) et les informations d'assurabilité du bénéficiaire¹⁷. Cette requête de création de la décision est transmise à la BCSS par le SPP IS.

- Blocage technique du numéro NISS

Pour éviter qu'un autre CPAS ne puisse introduire simultanément une décision de prise en charge pour la même personne, le NISS en cours de traitement est "bloqué".

Le déblocage du NISS se fera lorsque la transaction sera terminée. Une transaction est terminée lorsque la décision de prise en charge des soins sera définitivement créée, soit lorsque le processus de création de la décision de prise en charge des soins sera interrompu par l'utilisateur.

- Contrôles de validité de la décision électronique par le système automatique

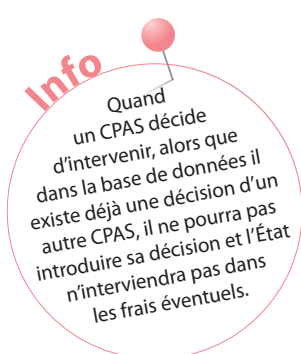
Le système électronique valide techniquement et fonctionnellement la décision électronique.

Il vérifie si toutes les données ont été correctement remplies, selon des critères techniques :

- Le NISS de la personne est correct, il existe dans un registre de population et n'est pas bloqué par un autre CPAS occupé à créer une décision de prise en charge des soins.
- Il n'existe pas de décision de prise en charge médicale valide pour la personne et pour la période proposée.
- La durée de validité maximale de la décision de prise en charge des soins ne peut être supérieure à 12 mois, ce qui correspond à la durée de validité de l'enquête sociale. Ceci est contrôlé par le webservice.
- En ce qui concerne l'Aide Médicale Urgente accordée aux étrangers en séjour illégal, la durée de validité d'intervention ne peut dépasser 3 mois (en fait 92 jours) à compter de la date de début de couverture. Ceci est également contrôlé par le webservice.
- Le flag "décision judiciaire" ou le flag "hors remboursement par l'Etat".

- Création de la décision électronique

Le système sauvegarde la décision électronique avec les pourcentages de prise



en charge du SPP-IS en lui attribuant :

- Un numéro de décision et de version ;
- Une date de création de la décision de prise en charge des soins par le CPAS (Ces données sont attribuées automatiquement par le système) ;
- L'auteur de la création ou la modification.

Ensuite, la BCSS intègre le bénéficiaire dans le secteur de l'aide sociale¹⁸.

◦ Message de notification au CPAS – et au SPP IS

Le CPAS gestionnaire et le SPP IS reçoivent un message qui confirme la création ou un message d'erreur (error code) en cas de problèmes.

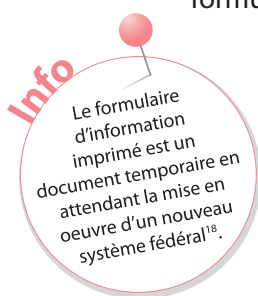
Le message de création de la décision contient :

- Le NISS du bénéficiaire ;
- Le code BCE du CPAS gestionnaire ;
- Date de début de validité de la décision ;
- Date de fin de validité de la décision ;
- Numéro de décision et de version de la décision médicale ;
- Eventuellement un message d'erreur suite à un problème technique : donnée manquante, incorrecte, etc...

3.7. Impression d'un "formulaire d'information concernant l'aide médicale" par le CPAS

Pour avoir accès aux données de la décision électronique de prise en charge, le CPAS et le prestataire de soins doivent introduire le numéro NISS du bénéficiaire. (voir "Le CPAS consulte les décisions de prise en charge").

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



Ce formulaire ne donne aucun droit au titulaire et ne représente en aucun cas une attestation de prise en charge par le CPAS. Le formulaire d'information permet au bénéficiaire de transmettre au dispensateur de soins les informations correctes. Les informations reprises sur le formulaire (ea. le numéro NISS du bénéficiaire) permettent à celui-ci d'accéder à la décision dans le système centralisé Mediprima.

Le CPAS fournit un formulaire par adulte (personne majeure ou mineure émancipée) avec mention éventuelle d'autres bénéficiaires secondaires, c'est-à-dire les mineurs non émancipés (mais attention : il y a toujours une décision de prise en charge « électronique » par personne).

Un template officiel du formulaire est fourni par le SPP IS. Ce template comprend les informations suivantes:

¹⁸ Il n'y a pas d'intégration dans le secteur de la santé.

¹⁹ Il est convenu que la piste d'utilisation de la nouvelle carte fédérale sera étudiée, en concertation entre le SPP IS et les CPAS.



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

Ces informations permettent l'identification de la personne.
- Pour chaque personne à charge :
 - Le NISS (ou Bis) ;
 - Les nom et prénom(s) ;
 - Le sexe et date de naissance.

3.8. Le CPAS notifie sa décision à l'administration (le SPP IS) via les formulaires électroniques A et B

La réforme des remboursements des frais médicaux se déroulera en phases. Le CPAS devra, dans un certain nombre de cas, introduire auprès du SPP IS ses décisions de prises en charge sous forme de formulaires A et B de la Loi 65²⁰.

- Formulaire A (voir annexe) :
Ce formulaire comprend l'identification de la personne et sa famille.
- Formulaires B1/2 (voir annexe) :
Ce formulaire comprend les décisions sur les aides accordées – dont l'aide sous forme d'intervention dans les frais médicaux et pharmaceutiques.

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

- Pour les personnes "non assurées" et « non assurables » :
Les formulaires A et les informations relatives à la prise en charge de l'aide médicale hors hôpital (formulaires B1).
Par contre, le CPAS ne complète plus les formulaires B2 qui concernent les frais de soins en milieu hospitalier, désormais repris dans Mediprima.
- Pour les autres personnes :
Tous les formulaires (A, B1 et B2)

Pour obtenir le remboursement de la partie des prestations prise en charge par le Fédéral (représenté par le SPP IS) qui ne font pas partie de celles prévues dans le cadre de Mediprima, le CPAS doit communiquer sa décision d'intervention au SPP IS.

3.9. Introduction d'un formulaire A

Si le demandeur n'est pas encore connu auprès du SPP IS, le CPAS remplit un formulaire A dans son logiciel social.



²⁰ La manière de communiquer la décision au SPP IS – le lien entre les formulaires A et B de PRIMA et la décision de prise en charge des soins – varie selon la phase du projet.

3.10. Introduction d'un formulaire B

Le formulaire B concerne plus spécifiquement la demande d'aide – sociale ou médicale.

Il existe 2 formulaires B:

- Le formulaire B1 :

Ce formulaire est utilisé en cas d'aide, dont les frais médicaux et pharmaceutiques hors établissement de soins. Il y a un seul formulaire B1 pour le bénéficiaire principal et les bénéficiaires secondaires du même dossier.

- Le formulaire B2 :

Ce formulaire est personnel et spécifique à l'aide médicale en établissement de soins.

Il ne sera plus utilisé s'il existe une décision électronique dans Medirprima.

3.11. Traitement des formulaires A et B par le SPP IS

A la réception des formulaires, le système informatique du SPP IS vérifie si la personne est connue (en L65 ou en RIS).

- La personne n'est pas connue du SPP IS :

Si la personne n'est pas encore connue du SPP IS, les informations du formulaire A serviront de références aux contrôles sur:

- Le code nationalité;
- Son statut (illégal/légal) ;
- Le registre auquel il appartient (étranger, attente, population).

Le formulaire B n'est donc pas accepté automatiquement.

Lorsque la BCSS reçoit le message, celle-ci intègre la personne pour le secteur. La BCSS contrôle l'adéquation entre le NISS, le Nom-Prénom et la date de naissance. La BCSS effectue des contrôles pour valider cette intégration.

- La personne est connue du SPP IS :

Si la personne est connue du SPP IS, un contrôle s'effectue automatiquement. On vérifie si le statut de la personne répond aux conditions légales pour l'octroi d'une aide médicale ;

En fonction des contrôles, le système:

- Acceptera le formulaire B.
- Refusera le formulaire B :

Un message de refus est envoyé au CPAS. Le CPAS est libre de maintenir sa décision d'aide médicale mais l'Etat ne remboursera pas les frais médicaux et pharmaceutiques.





4 Le CPAS prend une nouvelle décision de prise en charge

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

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

Info

Si lors d'une consultation chez un médecin généraliste, l'hospitalisation n'est pas encore autorisée, le CPAS peut autoriser celle-ci pour une durée déterminée sur avis du médecin.

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

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

4.1. Le CPAS modifie la décision électronique existante

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

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

Implication

Si le bénéficiaire change de CPAS compétent suite à un déménagement par exemple, le nouveau CPAS doit lui octroyer une nouvelle décision de prise en charge. Celle-ci ne pourra être créée qu'à partir du moment où l'ancienne décision aura été clôturée par le CPAS précédent.

Le nouveau CPAS devra éventuellement se mettre en rapport avec le précédent CPAS pour que celui-ci arrête la décision de prise en charge des soins en cours.

Attention

Le CPAS ne peut par exemple pas arrêter la couverture d'un type de soins avec effet rétroactif.

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

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

Le CPAS peut accorder de nouveaux droits avec effet rétroactif.

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

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

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

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

Lorsque la décision de prise en charge des soins a été modifiée, le CPAS confirme sa modification dans la base de données.

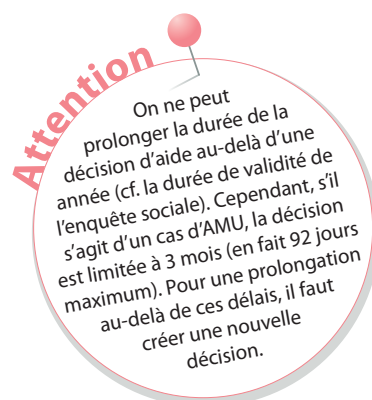
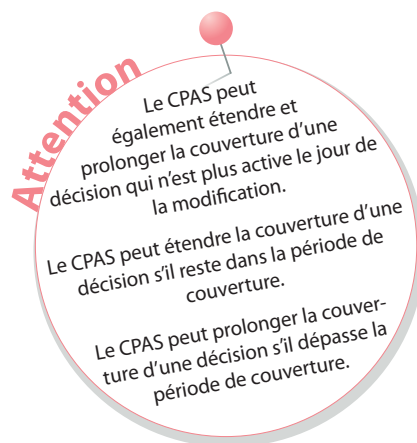
Après avoir effectué les contrôles de validité « technique », le système enregistre la situation modifiée avec une date de modification système en créant systématiquement un nouvel enregistrement avec l'information mise à jour.

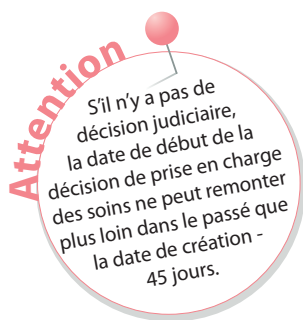
4.2. Dans quels cas le CPAS peut-il mettre à jour une décision ?

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

Concrètement, les modifications suivantes sont permises :

- Modification concernant la prise en charge :
 - Prolonger la période de validité de la prise en charge : date de début plus récente, date de fin plus ancienne.
 - Diminuer la période de validité de la décision pour autant que la période soit dans le futur date de début plus tard, date de fin plus proche.
 - Modifier la date de décision du CPAS.
 - Modifier l'indicateur « décision judiciaire ».
 - Modifier la prise en charge par le CPAS.





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

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

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

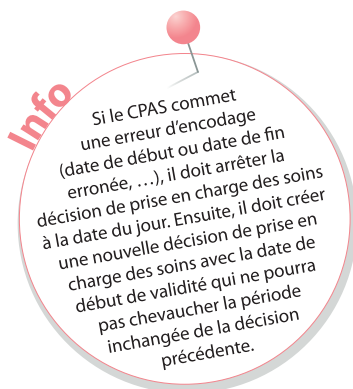
- Dans le cadre de l'aide médicale, chaque prise en charge doit être réexaminée par le CPAS après un an. Suite à cet examen, une nouvelle prolongation doit être octroyée par le CPAS.
- Lorsqu'il s'agit d'étrangers en séjour illégal, soumis à l'AMU, chaque prise en charge doit être réexaminée tous les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

4.4. Le CPAS arrête la décision de prise en charge ou la couverture d'une catégorie de soins

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

sont donc les mêmes :

- Seul le CPAS qui a créé la décision de prise en charge des soins médicaux est autorisé à l'arrêter.
- Dans le cas d'un arrêt complet d'une **décision**, la date effective de fin correspond à la **date de l'arrêt + 1**.
- Dans le cas d'un arrêt d'une **couverture d'une catégorie de soins**, la date effective de fin correspond à la **date de l'arrêt + 1**.
- Il n'est pas possible de supprimer une couverture qui a déjà été octroyée (dans le passé et le présent), mais il est bien sûr possible d'arrêter une décision de prise en charge dans le futur. Ainsi, en cas de suppression de la décision dans le futur, la décision restera valide au moins un jour (date du jour).
- Toute décision de prise en charge arrêtée et toute version de cette décision sont conservées dans la base de données Mediprima, comme toute modification.



Une décision de prise en charge des soins ainsi arrêtée²¹, ou arrivée à échéance, ne peut plus être remise en vigueur : cela créerait une insécurité quant à son statut pour les autres participants, prestataires ou patients.

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

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

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

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

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

C'est le CPAS qui devra créer une nouvelle décision sur base des informations obtenues.



5 Notification au CPAS de la suspension

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



Le patient se présente chez le prestataire de soins



Lorsqu'une personne a besoin de soins mais ne dispose pas des ressources suffisantes pour faire face à ses frais médicaux, elle doit demander une aide médicale à son CPAS. Ce CPAS décidera ensuite s'il interviendra dans les dépenses de soins de santé. Cette décision est la garantie pour les dispensateurs de soins que les soins qu'ils prodiguent seront pris en charge dans les limites fixées par le CPAS.

En principe, cette décision doit toujours être prise avant une prestation de soins. C'est ce principe de garantie de prise en charge préalable de couverture qui constitue l'engagement de prise en charge et la certitude pour le prestataire de soins que ceux-ci seront effectivement pris en charge.

Dans la pratique, en cas d'extrême urgence médicale et/ou en cas de méconnaissance des règles administratives, le patient pourrait, malgré tout, se rendre directement chez un dispensateur de soins, un médecin ou à la garde d'un hôpital plutôt qu'au CPAS.

En fonction de la gravité de la situation, le dispensateur renverra cette personne vers le CPAS compétent, si les soins peuvent être postposés. Le dispensateur de soins, ou son service administratif (par exemple pour les hôpitaux) examine la situation de la personne du point de vue de son assurabilité et de sa solvabilité.

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

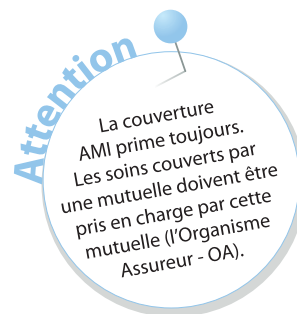


1 Prise en charge des frais médicaux

1.1. Identification du patient

Pour pouvoir être identifié dans le système Mediprima, une personne doit avoir un numéro NISS²². Ce numéro NISS est repris sur un document d'identité ou la carte SIS. Les personnes en séjour illégal ne possèdent généralement pas de documents de ce type. Elles reçoivent du CPAS un formulaire de prise en charge avec le numéro NISS (ou Bis²³).

La couverture des soins de santé décidée par les CPAS telle que décrite dans le système Mediprima n'est qu'un régime résiduaire. Comme dans le cadre de l'Assurance Maladie invalidité, le dispensateur s'assure de la couverture des prestations et de soins médicaux qu'il va délivrer en consultant la base de données des décisions électroniques de prises en charge.



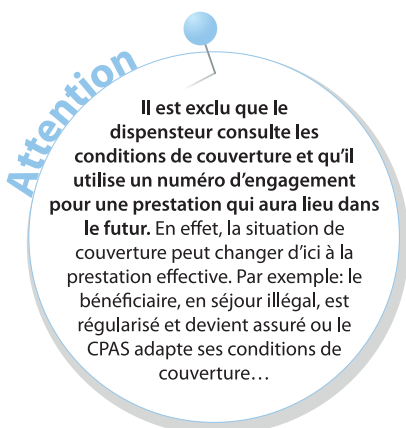
1.2. Le patient présente son formulaire de prise en charge des frais médicaux

Ce formulaire (voir annexes), que le CPAS a remis au bénéficiaire d'une aide médicale, permet au dispensateur de soins de :

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

1.3. La consultation de l'assurabilité et des décisions électroniques de prise en charge du patient

Le dispensateur de soins doit vérifier, avant la prestation de soins, via son logiciel médical, le système (My)Carenet ou l'application Web Consult du SPP IS, (voir partie 3.1.c.b. « Les outils de consultation ») dans Mediprima si les soins sont couverts soit par une mutuelle, soit par une décision électronique de prise en charge d'un CPAS.



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

Le dispensateur de soins doit toujours consulter la décision de prise en charge avant la prestation : la situation de couverture de soins de la personne dans le système des décisions électroniques est susceptible d'évoluer rapidement, notamment en fonction du changement de statut ou du droit de séjour de la personne.

²² Le numéro NISS - numéro d'identification de la sécurité sociale - correspond la plupart du temps au numéro de registre national. En cas d'absence de ce dernier numéro – souvent le cas pour les personnes en séjour illégal, le NISS correspond au numéro bis.

²³ Le numéro Bis – Pour les personnes qui bénéficient de droits en matière de sécurité sociale belge, mais qui ne sont pas inscrites dans le Registre national, un numéro bis (numéro à la Banque Carrefour de la sécurité sociale) est utilisé.



Le dispensateur doit donc toujours consulter le système le jour même de la prestation, ou le premier jour d'une admission s'il s'agit d'une hospitalisation. Si l'hospitalisation continue après les 30 jours, une nouvelle consultation est nécessaire.

1.5. Les outils de consultation

Le dispensateur de soins peut utiliser les services intégrés dans son logiciel médical pour consulter les décisions de prise en charge.

Les dispensateurs de soins qui ne possèdent pas encore de logiciel ou pas de logiciel ayant intégré ces services, peuvent utiliser l'application web WebConsult du SPP IS.

1.6. La recherche dans la base de données des décisions

◦ Identification du dispensateur

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

Au travers d'eHealth, le service d'authentification est appelé et sur base du numéro de Registre National du demandeur, il vérifie s'il s'agit d'un dispensateur de soins reconnu par l'INAMI.

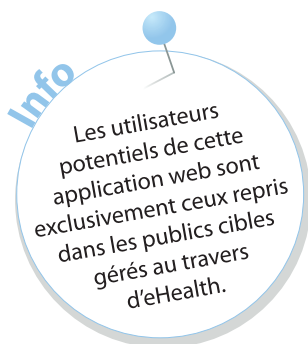
Si le dispensateur est connu dans le répertoire, il pourra sélectionner le profil avec lequel il souhaite s'identifier (numéros INAMI du prestataire). Un prestataire de soins n'a qu'un numéro INAMI à la fois, mais s'il couvre plusieurs spécialités, ce numéro peut changer s'il change de qualification.

Le système Mediprima vérifie que le dispensateur de soins puisse avoir accès à la décision de prise en charge.

Le prestataire aura la possibilité d'indiquer si :

- Il travaille pour un hôpital:
Dans ce cas, seulement le numéro INAMI de l'hôpital sera utilisé pour vérifier si l'hôpital peut facturer des soins dans le cadre de cette décision de prise en charge.
Le dispensateur de soins peut uniquement faire ce choix si le gestionnaire local de l'hôpital a créé un lien entre l'hôpital et ce dispensateur .
- Il ne souhaite pas travailler pour un hôpital :
Dans ce cas, seulement le numéro INAMI du dispensateur sera utilisé pour vérifier si le dispensateur peut facturer des soins dans le cadre de cette carte médicale.

Le dispensateur de soins peut uniquement faire ce choix s'il est reconnu à l'INAMI comme médecin, infirmière...



- **Les limites à la consultation**

Lorsque le CPAS veut garantir une décision d'aide médicale, il doit déterminer la catégorie de soins qu'il prend en charge et éventuellement le prestataire de soins auprès duquel le bénéficiaire peut se rendre. Si le CPAS a introduit une liste restrictive de dispensateurs de soins, seuls les prestataires de cette liste peuvent voir le contenu de la prise en charge.

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

- **La recherche dans Mediprima**

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

La recherche se base exclusivement sur les critères suivants :

- Le numéro NISS:

C'est le seul critère retenu pour l'identification du bénéficiaire (patient). La recherche sur le nom de la personne n'est pas possible. Le numéro NISS doit donc être retrouvé d'une autre manière. Par exemple, via le formulaire de prise en charge délivré par le CPAS.

- La date de prestation :

Par défaut, la consultation a lieu à la date du jour.

- **Le résultat de la recherche**

Après avoir recherché le bénéficiaire sur base de son numéro d'identification, l'application web montrera les données de la décision électronique actives à la date de consultation.

Si un dispensateur est couvert par la décision électronique de prise en charge, il a une vue sur : voir annexe.

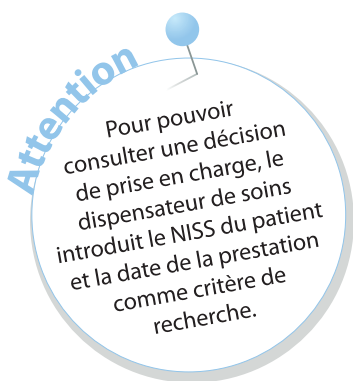
Les utilisateurs potentiels de cette application web sont exclusivement ceux repris dans les publics cibles gérés au travers d'eHealth.

- **Le numéro d'engagement:**

Lors d'une consultation d'une décision de prise en charge, le système crée automatiquement un numéro d'engagement de paiement²⁴. Ceci est le numéro que le dispensateur devra reprendre dans la facture électronique comme garantie de paiement.

Le numéro d'engagement de paiement est une clé cryptée.

Le calcul et l'octroi de ce numéro d'engagement se font immédiatement lors de





la consultation par le dispensateur de soins. Celui-ci ne doit pas attendre pour l'obtenir.

Si le dispensateur ou l'établissement de soins a reçu un numéro d'engagement et s'il facture selon les données de couverture reçues, ses prestations facturées seront prises en charge.

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

Dans le cas d'une couverture sur une période du 01/03/2013 au 31/03/2013, (une consultation le 27/03/2013 peut être utilisée pour des prestations effectuées jusqu'au 26/04/2013 inclus, pour autant que les prestations du 01/04/2013 au 26/04/2013 font partie de la même admission ayant généré la consultation du 27/03/2013.).

Dans le cas d'une couverture d'un seul jour – le 27/03/2013 – pour hospitalisation programmée par exemple, si le patient a été admis le 27/03/2013 et est sorti de l'hôpital le 29/03/2013, les frais de prestations découlant d'une admission ultérieure, ayant lieu par exemple le 10/04/2013, ne seront pas pris en charge suite à la consultation du 27/03/2013.

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

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

La CAAMI peut toujours refuser le remboursement si les autres règles de facturation ne sont pas respectées.

1.7. Il existe une décision de prise en charge avec une couverture appropriée

Si le dispensateur constate lors de la consultation qu'il existe déjà une décision de prise en charge avec couverture appropriée pour le bénéficiaire, le dispensateur peut effectuer l'intervention et le paiement de sa facture se fera par la CAAMI et/ou par le CPAS, selon les modalités décrites dans la décision de prise en charge et compte tenu des autres règles de facturation.

1.8. Il n'y a pas encore de décision de prise en charge ou la décision ne couvre pas les prestations de soins

Il est toujours possible qu'une personne en séjour illégal et/ou peu familiarisée avec le droit administratif se rende, malgré tout, se rendre chez un dispensateur de soins plutôt qu'au CPAS.

Il peut s'avérer que la personne qui se présente :

- n'ait pas de couverture d'assurance soins de santé et ne soit pas en mesure de payer les frais médicaux pour cause d'indigence.
- ou qu'elle soit assurée auprès d'une mutuelle, mais qu'elle n'est pas en mesure de payer la part patient et les suppléments éventuels.

Le dispensateur devra ensuite contrôler et évaluer la situation:

- Il y a urgence au sens médical :

Si l'urgence médicale est établie et que les soins ne peuvent être postposés dans le temps pour attendre une décision de prise en charge, les prestations médicales sont délivrées immédiatement. Ensuite, un « avis de soins » sera transmis au CPAS compétent.

Le dispensateur effectue tout de suite les prestations médicales et avise le CPAS qu'il estime compétent, moyennant une procuration de la personne s'il n'y a pas encore de décision électronique.

- Il n'y a pas d'urgence au sens médical :

Si l'urgence médicale n'est pas établie, les soins sont postposés et ne seront effectués qu'après décision du CPAS. Dans ce cas, la personne est dirigée vers le CPAS compétent.

Le dispensateur peut réaliser sa prestation, mais il court le risque de ne pas être payé par le CPAS.

Le CPAS examine s'il prend les frais médicaux et pharmaceutiques en charge. Ces prises en charge se font uniquement sur base d'une décision qui sera précédée d'une enquête sociale réalisée par le CPAS²⁵.

- Intervention du service social de l'hôpital

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

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



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

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

- **La fiche de liaison et le formulaire d'enquête sociale**

La fiche de liaison seule est une transmission d'informations.

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

- **Le délai pour aviser les CPAS**

En raison du délai des 45 jours et des difficultés d'enquête sociale, il est primordial que le dispensateur de soins lorsqu'il constate qu'il n'existe aucune assurance, que le patient est indigent et qu'il formule une demande d'aide sociale, transmette dans un laps de temps le plus court possible cette demande d'aide sociale au CPAS compétent pour traiter la demande.

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



2 Le dispensateur de soins facture les soins donnés :

2.1. La prestation de soins

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

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

Quand le CPAS aura introduit la garantie de prise en charge électronique, le dispensateur de soins consultera les décisions électroniques afin d'obtenir le numéro d'engagement.

2.2. L'attestation d'Aide Médicale Urgente (AMU)

S'il s'agit d'une personne en séjour illégal, le dispensateur de soins doit, dans tous les cas, produire une attestation d'aide médicale urgente (voir annexe) pour

bénéficier du remboursement par l'Etat dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente.

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

L'attestation contient au minimum :

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

Pour les prestations non-concernées par la phase 1 du projet, cette attestation est jointe à la facture et conservée par le CPAS. Dans le nouveau système, cette attestation doit être conservée par le prestataire prescripteur. Sa présence pourra être contrôlée par la CAAMI.

- **Un modèle d'attestation médicale électronique**

L'attestation de l'AMU devient électronique. Un formulaire, avec template unique, a été défini par le SPP-IS.

Cette attestation doit être conservée par le prescripteur de soins.

- **Contrôles a posteriori des attestations AMU par la CAAMI**

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



3 Une prescription vers un autre dispensateur/ prestataire

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



La facturation des frais médicaux dispensés aux personnes émergeant du CPAS



La réforme informatisée de l'aide médicale a comme objectif d'évoluer vers une facturation complètement électronique entre le prestataire de soins et les différents débiteurs.

Dans une phase transitoire, deux circuits de facturation sont maintenus :

- Un envoi de factures électroniques adressé à la CAAMI.
- L'émission de factures papier, adressées au CPAS et au patient (pour le solde qui n'est à charge ni de l'État ni du CPAS), qui est temporairement conservée²⁶.



1 La facturation électronique à la CAAMI

La facturation électronique s'inspire de la facturation INAMI, moyennant les ajustements et les contraintes décrits dans le document de référence de la CAAMI intitulé « INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS RELATIVES A LA FACTURATION ELECTRONIQUE DES SOINS DE SANTE RELATIFS À Mediprima – Phase 1 ».

Ces instructions complètent ou modifient les instructions générales de facturation sur support magnétique ou électronique de l'INAMI²⁷.

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

1.1. Identification des débiteurs

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

- L'Etat fédéral :

Il est représenté par le SPP IS et est payé par la CAAMI

- Le CPAS :

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

- Le patient :

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

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

- Le champ contenant la part AMI est rempli avec la part prise en charge par le SPP.

Remarque :

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

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

- Le champ contenant la quote-part patient est rempli avec la partie patient, y compris les éventuels suppléments à sa charge.

- Enfin, le champ supplément est complété par les montants à charge du CPAS si le prestataire de soins peut les déterminer.

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



- soit le dispensateur facture le montant complet au patient qui prendra contact avec le CPAS ;
- soit, s'il existe une convention entre eux, le dispensateur envoie la facture au CPAS.

Ceci peut être le cas lorsque le CPAS a mis des limitations à son intervention dans les zones commentaire non structurées de sa décision électronique.

1.2. Envoi des factures électroniques à la CAAMI :

Chaque mois, le prestataire de soins transmet à la CAAMI ses fichiers de facturation des soins de santé relatifs aux bénéficiaires de l'aide médicale. Il y a :

- au moins un pour les soins ambulatoires ;
- au moins un autre pour l'hospitalisation ;

Ces fichiers de facturation comprennent toutes les factures sur un mois, suivant le numéro d'admission (en cas d'hospitalisation) et suivant le numéro d'ordre des factures individuelles (en cas de prestations ambulatoires).

Ces fichiers de facturation seront transmis via CareNet ou MyCareNet et sont obligatoirement distincts des envois de facturation relatifs aux assurés de la CAAMI.

Aucune facture papier ne doit être adressée à la CAAMI.

1.3. En cas de facturation via Carenet ou MyCareNet

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

Les headers des différents messages (records 100, 200, 300) sont constitués conformément aux instructions (voir www.carenet.be), sauf pour les zones 102 et 103 où le nouveau pseudo-code (690) OA est introduit.

Un fichier de décompte (920900) sera envoyé lorsque la CAAMI effectue un paiement pour le SPP-IS

1.4. Spécifications techniques

Voir le document de référence de la CAAMI.



2 La facturation papier

La facturation papier est maintenue pour des raisons opérationnelles.

2.1. Règle de production des factures papier :

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

Remarque :

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

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

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

- Le CPAS n'intervient pas et ne prend rien en charge :
Le CPAS a indiqué ceci dans le volet de la décision concernée. Dans ce cas, le prestataire émet une facture à destination du patient avec le solde à sa charge. Il n'y a pas de facture pour le CPAS.
- Le CPAS intervient en prenant en charge le solde complet de la facture :
Dans ce cas, le prestataire émet une facture à destination du CPAS.
- Le CPAS intervient de manière partielle :
 - Si la prise en charge a pu être déterminée, le prestataire émet deux factures, l'une au CPAS avec la part à sa charge, l'autre au patient avec sa partie.
 - Si la prise en charge par le CPAS n'a pas pu être déterminée, le prestataire de soins facture la totalité du solde soit au patient, soit au CPAS lorsqu'il existe une convention dans ce sens entre les deux institutions.

2.2. Présentation de la facture papier :

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



Le traitement de la facturation par la CAAMI

3.1. Traitement de la CAAMI

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

- Contrôle relatif au patient :
Le patient doit être connu dans le système des décisions électroniques.
- Contrôle de la période :
Les prestations doivent avoir été réalisées dans une période couverte par une décision de prise en charge.
- Contrôle du flag « attestation d'Aide Médicale Urgente » :
Il faut que le flag « attestation d'Aide Médicale Urgente » soit activé pour les personnes en séjour illégal.
- Contrôle des types de soins :
La couverture du CPAS pour les types de soins couverts en phase 1, soit les séjours au sein d'établissement hospitaliers, soit les soins ambulatoires délivrés par les établissements hospitaliers.



- Contrôle du code « couverture » :

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

- Contrôle sur le prestataire :

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

- Contrôle du numéro d'engagement de paiement.

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

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

3.2. Corrections des factures

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



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

La CAAMI génère chaque mois un fichier des décomptes comptant l'ensemble des envois de facturation acceptés et pour lesquels des montants ont été payés pour le compte de l'Etat.

Le fichier des décomptes est un fichier de structure xml.



5 Transmission des décomptes au SPP IS

Une fois par mois, un fichier des décomptes est transmis au SPP IS via le CIN et la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS).

Info

Les décomptes portent sur des personnes identifiables (ils contiennent entre autres, les numéros NISS des patients) et comme il s'agit d'une communication entre secteurs (secteur de l'aide sociale et secteur des soins de santé), elle doit passer par la BCSS.



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

Le SPP IS via SMALS crée un fichier de décompte à destination de chaque CPAS sur base du fichier des décomptes reçu de la CAAMI.

Ces fichiers de décompte sont mis à la disposition de chaque CPAS sur son propre espace FTP. Ceci sous deux formats:

- Format XML:

Chaque CPAS pourra contrôler ses fichiers de décompte via son application informatique (selon le même principe que les mutations actuelles) pour permettre un contrôle et un suivi des frais médicaux dans les outils informatiques.

- Format PDF:

Les fichiers de décomptes sont enregistrés sous un format PDF et transmis aux CPAS par l'intermédiaire des eBox institutions.



7 Le CPAS traite le solde de la facture

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

7.1. Consultation par le CPAS du décompte

Les fichiers de décompte peuvent être traités dans le logiciel social du CPAS ou dans un système accessible au CPAS, comme par exemple SINCRHO.

7.2. Contrôle des décomptes et/ou des factures par le CPAS

Le CPAS réalise le contrôle des décomptes et/ou des factures pour sa partie sur base de la couverture décrite dans la décision électronique.

Les CPAS renvoient les factures papier qui ne correspondent pas à cette décision.

7.3. Paiement par le CPAS

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



8 Dernière étape : le formulaire D

Il reste encore des situations où le CPAS doit introduire une demande de remboursement des frais médicaux au SPP IS dans le cadre de l'ancienne procédure.

Lorsque le CPAS a reçu et payé les factures de frais médicaux du dispensateur ou du bénéficiaire, le CPAS introduit par voie électronique une demande de remboursement au SPP IS. Il utilise, pour cela, le formulaire D (état des frais) :

- **Formulaire D1 (voir annexes) :**

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

- **Formulaire D2 (voir annexes) :**

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

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

Le délai pour transmettre ces formulaires au SPP IS est de 12 mois à compter de la fin du trimestre au cours duquel les dépenses ont été faites, autrement dit, lorsque les prestations ont débutées ou ont eu lieu.



8.1. Traitement du formulaire D par le SPP IS

Ce formulaire est traité automatiquement dans le système PRIMA.

On y contrôle :

- Si les informations nécessaires sont présentes;
- S'il n'existe pas deux demandes de remboursement pour une même facture – sur base du numéro de facture;
- Le numéro d'hôpital :
Il doit s'agir d'un hôpital belge (selon la liste des hôpitaux) ;
- Le statut de la personne :
 - Si la personne est dans un statut qui ne donne pas droit à l'aide médicale (y compris AMU), le paiement est refusé. Des exemples :
 - Belge mais non radié
 - Demandeur d'asile (207) dépendant de FEDASIL
 - ...
- Si la personne est demandeur d'asile, elle est normalement prise en charge par FEDASIL, sauf s'elle est en ILA (initiative locale d'accueil) : alors c'est le SPP IS qui se substitue pour le paiement à FEDASIL.
- Si la personne est demandeur d'asile et son adresse de résidence effective ne correspond pas au CPAS territorialement compétent, elle n'est remboursée qu'à 50%.

Le SPP-IS rembourse donc le formulaire D en fonction de règles de gestion interne. Seuls la part AMI et le ticket modérateur sont remboursables par le SPP-IS, jamais les suppléments.

Le remboursement des frais médicaux s'effectue mensuellement avec le paiement du revenu d'intégration dans le cadre de la Loi 65.



Annexes



Fiche de liaison

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 ☐	F ☐	
Lieu de résidence	rue N° CP commune		
Nationalité			
Langue utilisée			
①			

RESUME DE LA SITUATION

--

NATURE DES BESOINS MEDICAUX

--

BUT DE L'ORIENTATION

--



Fiche d'enquête sociale

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 code postal commune n°
Lieu de résidence	idem domicile ☐ rue code postal commune n°
Nationalité	
NISS / numéro bis	
Carte d'identité délivrée le	
Personne de contact	nom rue code postal commune n° ①
Role linguistique	N ☐ F ☐
Registre d'inscription	RP ☐ RE ☐ RA ☐





Fiche d'enquête sociale

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			
	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?



Fiche d'enquête sociale

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





Fiche d'enquête sociale

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	☐
Prise en charge dans un lieu privé	☐
Accident de roulage	☐
Accident scolaire	☐
Autres	☐
Précision autres circonstance :	



Fiche d'enquête sociale

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

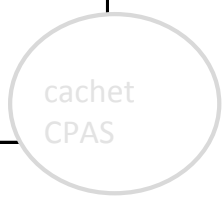
SIGNATURE





Formulaire de prise en charge des frais médicaux

	Formulaire de prise en charge des frais médicaux
	CPAS :

 	Titulaire
	Numéro NISS :
	Nom :
	Prénom :

<i>Bénéficiaires secondaires mineurs</i>	
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 :	

Ce document n'ouvre aucun droit !





Formulaire A

SPP Intégration Sociale



Loi du 2 avril 1965

Formulaire A

Version 04 XML

Données d'identification

2. Numéro BCE :

3. Dossier :

4. Date d'entrée en vigueur :

Bénéficiaire principal

11. Nom :

12. Prénom :

13. Date de naissance :

14. Numéro NISS :

15. Statut :

21. Adresse :

22. Code postal :

23. Institution :

31. Nationalité :

33. Sexe :

35. Situation de fait :

36. Nombre de bénéficiaires :

43. Date 1^{ère} inscription :

44. Résidence ininterrompue de 5 années :

92. Référence :





Formulaire A

Bénéficiaires secondaires

☐ ☐ 61. Nom :

62. Prénom :

63. Date de naissance: 64. Numéro NISS :

65. Statut : ☐

67. Nationalité : 68. Relation avec le bénéficiaire principal : ☐

☐ ☐ 61. Nom :

62. Prénom :

63. Date de naissance: 64. Numéro NISS :

65. Statut : ☐

67. Nationalité : 68. Relation avec le bénéficiaire principal : ☐

☐ ☐ 61. Nom :

62. Prénom :

63. Date de naissance: 64. Numéro NISS :

65. Statut : ☐

67. Nationalité : 68. Relation avec le bénéficiaire principal : ☐

☐ ☐ 61. Nom :

62. Prénom :

63. Date de naissance: 64. Numéro NISS :

65. Statut : ☐

67. Nationalité : 68. Relation avec le bénéficiaire principal : ☐

☐ ☐ 61. Nom :

62. Prénom :

63. Date de naissance: 64. Numéro NISS :

65. Statut : ☐

67. Nationalité : 68. Relation avec le bénéficiaire principal : ☐





Formulaire B1

SPP Intégration Sociale



Loi du 2 avril 1965

Formulaire B1

Version 04 XML

Décision d'octroi
(sauf hospitalisation et soins
ambulatoires dispensés dans un
établissement de soins)

2. Numéro BCE :

3. Dossier :

4. Date d'entrée en vigueur :

Aide demandée

31. Aide financière :

☐

32. Prestations familiales garanties :

☐

33. Mutualité : Cotisation de base :

☐

Cotisation complémentaire :

☐

34. Frais médicaux et pharmaceutiques :

☐

35. Frais de rapatriement :

☐

36. Allocation de naissance :

☐

37. Régularisation (arriérés) mutualité :

☐

38. Frais de placement ou d'hébergement :

☐

39. Frais de logement :

☐

40. Autres aides demandées :

☐

Bénéficiaire

Partenaire

41. Mise au travail article 60 § 7

Type :

☐

Horaire :

☐

Lieu de la mise au travail :

☐☐

42. Mise au travail article 61 :

☐☐

43. Type d'activation de l'aide sociale :

44. Type convention de partenariat :

☐☐

45. Pension alimentaire :

☐☐

51. Inscription dans le Registre National :

☐

53. Catégorie :

☐

54. Mise à disposition d'un logement :

☐

Données concernant la décision

61. Durée : Mois

Semaines :

Jours :

62. Date de la décision :

92. Référence :

94. Jugement / Arrêt :

☐





Le dispensateur a une vue sur :

Si un dispensateur est couvert par la décision électronique de prise en charge, il peut voir:

- Les message(s) éventuel(s) d'erreur(s)
- Le numéro d'engagement de paiement
- Les informations d'identification concernant le bénéficiaire de la carte:
 - Le numéro NISS
 - Le nom et prénom
- Le CPAS compétent pour la décision
 - Le numéro BCE du CPAS
 - Le numéro NISS de la commune
 - Le nom du CPAS
- Les informations concernant les couvertures médicales:
 - La période de validité de cette couverture
 - Le type de couverture
 - Les pourcentages de remboursement de la part AMI et du ticket modérateur pris en charge par le SPP-IS
 - Le type de remboursement de la part de l'AMI, du ticket modérateur et des suppléments pris en charge par les CPAS
 - La description des suppléments pris en charge
 - L'éventuelle liste des dispensateurs autorisés.





Atteste AMU pour le dispensateur de soins

ATTESTATION D'AIDE MEDICALE URGENTE POUR RESIDENT EN SEJOUR ILLEGAL

CPAS

DISTRIBUTION

Date / période de prestation:

de

à

TYPE		NOMBRE	EVENTUELLE CLARIFICATION
hospitalisation	☐		
hôpital de jour	☐		
consultation	☐		
médicaments	☐		
frais paramédicaux	☐		
prothèse	☐		
transport médical	☐		
divers	☐		
= facultatif			

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

nom et prénom :

date de naissance :

résidence :

nationalité :

sexe :

M ☐

F ☐

NISS :

MEDECIN PRESTATAIRE

nom et prénom :

adresse :

numéro INAMI :

date de la prestation :

signature :

Base juridique: la loi organique du 8 Juillet 1976, article 57, § 2, et de l'arrêté royal du 12 Décembre 1996 relative à l'aide médicale urgente fournie aux étrangers en situation irrégulière dans le Royaume





Formulaire D1

SPP Intégration Sociale



Loi du 2 avril 1965

Formulaire D1

Version 04 XML

Etat de frais

(sauf hospitalisation et soins
ambulatoires dispensés dans un
établissement de soins)

2. Numéro BCE :

3. Dossier :

4. Etat mensuel :

Aide demandée

31. Aide financière :

Montant :

Revenu mensuel :

Plafond majoré :

32. Prestations familiales garanties :

Montant :

Nombre d'enfants :

33. Mutualité :

Cotisation de base :

Cot. complémentaire :

34. Frais médicaux et pharmaceutiques :

Frais médicaux :

Frais pharmaceutiques :

35. Frais de rapatriement :

36. Allocation de naissance :

Date de naissance :

Nombre enfants né vivant :

Nombre enfants mort-né :

37. Régularisation mutualité :

38. Placement/hébergement :

39. Prime d'installation :

40. Autres aides demandées :

41. Mise au travail art. 60 § 7 :

Partenaire

Numéro d'initiative (ES) :

Nombre de jours calendriers (ES) :

42. Mise au travail art. 61 :

43. Activation aide sociale :

44. Convention de partenariat :

45. Pension alimentaire :

50. Somme totale :

Mutualité

52. Date d'entrée en vigueur de l'inscription à la mutuelle :

92. Référence :

94. Jugement / Arrêt :





Formulaire D2

SPP Intégration Sociale



Loi du 2 avril 1965 Formulaire D2

Version 04 XML
Etat de frais
(hospitalisation et soins ambulatoires
dispensés dans un établissement de
soins)

2. Numéro BCE :

3. Dossier :

4. Mois d'octroi de l'aide :

Hôpital ou établissement de soins

21. a. Numéro INAMI :

b. Numéro BCE Hôpital :

Aide demandée

41. Frais d'hospitalisation :

	Montant	Année	Numéro de facture
Factures :			
1			
2			
3			
4			
5			
Reste			

42. Soins ambulatoires dans un établissement de soins :

Frais médicaux :

Frais pharmaceutiques :

50. Somme totale :

Mutualité

52. Date d'entrée en vigueur
de l'inscription à la mutuelle :

92. Référence :

94. Jugement / Arrêt : ☐