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



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

Date : 22/12/2017

**Projet MediPrima – adaptation et extension**

Madame,

Monsieur,

**Introduction**

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

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

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

**Adaptations de la phase 1**

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

1. **Structuration des commentaires en texte libre**

Aujourd’hui, lorsqu’un CPAS prend partiellement en charge certains frais en matière de ticket modérateur ou de supplément[[1]](#footnote-1), il peut préciser au dispensateur de soins les conditions de cette prise en charge en utilisant des champs commentaires. Ces zones de texte libre sont inadéquates pour un traitement automatique et donc difficilement exploitables par les prestataires. Par conséquent, ces champs vont disparaître pour être remplacés par les cinq zones structurées suivantes :

1. *“Convention”*

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

1. *“Attestation médicale”*

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

1. *“Montant maximum ticket modérateur”*

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

1. *“Montant maximum suppléments”*

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

1. *“Suppléments”*

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

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

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

* Soit il ne fait rien : les décisions en cours restent actives mais les commentaires en texte libre ne seront plus lisibles - et certainement plus après le 31 janvier 2018 - pour les prestataires de soins qui ont adapté leur logiciel ;
* Soit il adapte les décisions en cours en traduisant les commentaires textuels existants en un ou plusieurs commentaires structurés ou en en ajoutant de nouveaux ;
* Soit encore il arrête la décision en cours et en crée une nouvelle en utilisant cette fois les commentaires structurés si besoin est.

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

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

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

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

1. **Associer le volet “soins ambulatoires” au volet “hospitalisation”**

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

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

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

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

1. **Adaptation du formulaire d’information concernant l’aide médicale**

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

1. **Changement de NISS**

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

**Extension (phase 2a)**

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

Une ouverture progressive :

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

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

Deux procédures coexistent :

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

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

L’attestation AMU :

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

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

Fin du régime transitoire de la double procédure :

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

Introduction des couvertures MediPrima pour les médecins généralistes :

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

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

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

Denis Ducarme

1. Une intervention partielle est uniquement possible pour la partie que le CPAS prend lui-même en charge, jamais pour la partie à charge de l’Etat. [↑](#footnote-ref-1)
2. Arrêté royal du 2 octobre 2017 portant extension du champ d’application de l’article 9ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS (Moniteur belge du 10 octobre 2017). [↑](#footnote-ref-2)