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

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



CIRCULAIRE aux hôpitaux

Date : 22/12/2017

**Projet MediPrima – adaptations et extension**

Madame,

Monsieur,

**Introduction**

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

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

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

**Adaptations de la phase 1**

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

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

Aujourd’hui, lorsqu’un CPAS prend partiellement en charge certains frais en matière de ticket modérateur ou de 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 5 zones structurées suivantes :

*“Convention”*

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

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

*“Attestation médicale”*

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

*“Montant maximum ticket modérateur”*

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

*“Montant maximum suppléments”*

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

*“Suppléments”*

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

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

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

Du côté des hôpitaux, l’adaptation de leur logiciel se fait aussi progressivement : il y a donc une phase transitoire qui a également des 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.

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 associer les deux volets.

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. Son application doit pour ce faire avoir été adaptée en ce sens.

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

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

Denis Ducarme

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

Maggie DE BLOCK

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)