|  |  |
| --- | --- |
| logo_POD_kl |  |

MediPrima

Handleiding bestemd voor de OCMW’s en de zorgverstrekkers

Versie 8.0 24/05/2017

Inhoudstafel

[1 Inleiding 8](#_Toc498702562)

[2 Basisbegrippen en principes 9](#_Toc498702563)

[2.1 MediPrima: wie, hoe en wat? 9](#_Toc498702564)

[2.2 De actoren van het systeem MediPrima 9](#_Toc498702565)

[2.3 De fasering. 11](#_Toc498702566)

[2.4 Begrippenlijst 13](#_Toc498702567)

[2.4.1 Medische hulp: 13](#_Toc498702568)

[2.4.2 Dringende Medische Hulp: 13](#_Toc498702569)

[2.4.3 Medische spoedgevallen 14](#_Toc498702570)

[2.4.4 Personen die kunnen genieten van medische hulp 14](#_Toc498702571)

[2.4.5 Groep in MediPrima 14](#_Toc498702572)

[2.4.6 Medische kosten ten laste van Fedasil 14](#_Toc498702573)

[2.4.7 Zorginstellingen 15](#_Toc498702574)

[2.4.8 Bevoegdheidsregels 15](#_Toc498702575)

[2.4.9 Gewoonlijk en effectief verblijf 15](#_Toc498702576)

[2.4.10 45-dagen regel 15](#_Toc498702577)

[2.4.11 Simulatie 15](#_Toc498702578)

[2.4.12 De elektronische beslissing tot tenlasteneming 16](#_Toc498702579)

[2.4.13 Een beslissing per persoon 16](#_Toc498702580)

[2.4.14 De principiële beslissing en de waarborg voor de tenlasteneming van het OCMW 16](#_Toc498702581)

[2.4.15 Nummer van elektronische beslissing en versienummer 16](#_Toc498702582)

[2.4.16 Terugbetaling door de Staat (POD MI) 17](#_Toc498702583)

[2.4.17 De tenlasteneming van het OCMW 17](#_Toc498702584)

[2.4.18 Refundcode 17](#_Toc498702585)

[2.4.19 Wijziging van een beslissing 18](#_Toc498702586)

[2.4.20 Betalingsverbintenis (waarborg voor zorgverstrekkers) 18](#_Toc498702587)

[2.4.21 Factuur: 18](#_Toc498702588)

[2.4.22 Afrekening: 19](#_Toc498702589)

[2.4.23 Afrekening OCMW of Individuele afrekeningen 19](#_Toc498702590)

[2.4.24 Informatieformulier (over de medische hulp) 19](#_Toc498702591)

[3 MediPrima en het OCMW 20](#_Toc498702592)

[3.1 Patiënt gaat eerst langs ziekenhuis 21](#_Toc498702593)

[3.2 Patiënt komt langs OCMW: OCMW doet sociaal onderzoek 21](#_Toc498702594)

[3.2.1 Het OCMW onderzoekt de bevoegdheid 21](#_Toc498702595)

[3.2.1.1 Het OCMW is niet bevoegd 21](#_Toc498702596)

[3.2.1.2 OCMW’s die zich allebei bevoegd achten 22](#_Toc498702597)

[3.2.1.3 Verantwoordelijkheid van het OCMW 22](#_Toc498702598)

[3.2.1.4 Tussenkomst van een tweede OCMW 22](#_Toc498702599)

[3.2.1.5 Het bevoegd OCMW van het kind verschillend van dat van de moeder 22](#_Toc498702600)

[3.2.2 Het OCMW controleert het bestaan van een beslissing 22](#_Toc498702601)

[3.2.3 Het OCMW maakt dossier op en start sociaal onderzoek 24](#_Toc498702602)

[3.2.3.1 Dossier maatschappelijke dienstverlening 24](#_Toc498702603)

[3.2.3.2 Het OCMW voert het sociaal onderzoek uit 24](#_Toc498702604)

[3.2.3.3 De informatiebronnen van het OCMW 25](#_Toc498702605)

[3.3 Het OCMW neemt een beslissing 26](#_Toc498702606)

[3.3.1 De persoon in regel brengen 26](#_Toc498702607)

[3.3.2 De hulpaanvraag wordt geweigerd 26](#_Toc498702608)

[3.3.3 Het OCMW voert een simulatie uit. 26](#_Toc498702609)

[3.3.4 De POD MI analyseert en antwoordt 27](#_Toc498702610)

[3.4 OCMW beslist tot tenlasteneming van de medische hulp: 27](#_Toc498702611)

[3.4.1 Het OCMW deelt zijn beslissing mee aan de patiënt 28](#_Toc498702612)

[3.4.2 Het OCMW voert zijn beslissing in het centraal beslissingssysteem in 28](#_Toc498702613)

[3.4.3 Tenlasteneming van het OCMW 30](#_Toc498702614)

[3.4.4 Technische problemen 30](#_Toc498702615)

[3.4.5 Vertraging van het sociaal onderzoek: 30](#_Toc498702616)

[3.4.6 De principiële beslissing 31](#_Toc498702617)

[3.4.7 De dekking (waarborg voor de tenlasteneming) 31](#_Toc498702618)

[3.4.8 Dekking effectief maken 33](#_Toc498702619)

[3.4.8.1 De commentaren: 35](#_Toc498702620)

[3.4.8.2 De vroegere versie van de commentaren: 35](#_Toc498702621)

[3.4.8.3 De nieuwe zones van gestructureerde commentaren: 36](#_Toc498702622)

[3.4.8.4 Lijst van de supplementen (categorieën): 39](#_Toc498702623)

[3.4.9 De beslissing tot tenlasteneming wordt geregistreerd 39](#_Toc498702624)

[3.5 Moeilijkheden die de OCMW’s vaak ervaren 40](#_Toc498702625)

[3.6 Afdruk van een “Informatieformulier betreffende medische hulp” door het OCMW 41](#_Toc498702626)

[3.7 Het OCMW maakt haar beslissing kenbaar aan de administratie (de POD MI) 42](#_Toc498702627)

[3.8 Het OCMW neemt een nieuwe beslissing 43](#_Toc498702628)

[3.9 Het OCMW wijzigt de bestaande elektronische beslissing 44](#_Toc498702629)

[3.9.1 In welke gevallen kan het OCMW een beslissing updaten. 45](#_Toc498702630)

[3.9.2 Wanneer moet een nieuwe elektronische beslissing tot tenlasteneming aangemaakt worden? 46](#_Toc498702631)

[3.10 Het OCMW zet de beslissing stop/annuleert 46](#_Toc498702632)

[3.10.1 Een beslissing stopzetten 47](#_Toc498702633)

[3.10.2 Een beslissing en/of een dekking annuleren 47](#_Toc498702634)

[3.10.3 Een beslissing geschorst door de POD MI 47](#_Toc498702635)

[3.11 De mutaties MediPrima 48](#_Toc498702636)

[3.11.1 Soorten mutaties 49](#_Toc498702637)

[3.11.2 De gevolgen van een mutatie 49](#_Toc498702638)

[3.11.2.1 De gevolgen van een mutatie ten gevolge van een kleine verandering in de kenmerkende gegevens van een persoon (naam, voornaam) 49](#_Toc498702639)

[3.11.2.2 De gevolgen van een mutatie ten gevolge van een grote verandering in de kenmerkende gegevens van een persoon (geslacht, geboortedatum) 50](#_Toc498702640)

[3.11.2.3 De gevolgen van een mutatie ten gevolge van een wijziging van INSZ/Bis-nummer 50](#_Toc498702641)

[3.11.2.4 De gevolgen van een mutatie ten gevolge van een verandering van refundcode 50](#_Toc498702642)

[3.11.2.5 De gevolgen van een mutatie ten gevolge van het overlijden van de persoon 50](#_Toc498702643)

[3.11.3 Mogelijke handelingen na een schorsing 51](#_Toc498702644)

[3.11.3.1 Mogelijke handelingen na een schorsing ten gevolge van een overlapping 51](#_Toc498702645)

[3.11.3.2 Mogelijke handelingen ten gevolge van een schorsing door wijziging van refundcode 51](#_Toc498702646)

[3.11.3.3 Mogelijke handelingen ten gevolge van een schorsing wegens overlijden van de persoon. 52](#_Toc498702647)

[3.11.4 Mogelijke handelingen bij meervoudige mutaties 52](#_Toc498702648)

[3.11.4.1 Meervoudige mutaties van dezelfde soort 52](#_Toc498702649)

[3.11.4.2 Meervoudige mutaties van verschillende soorten 53](#_Toc498702650)

[4 MediPrima voor zorgverstrekker 54](#_Toc498702651)

[4.1 De raadpleging van de verzekerbaarheid en de elektronische beslissingen voor de patiënt 55](#_Toc498702652)

[4.1.1 Identificatie van de patiënt 55](#_Toc498702653)

[4.1.2 De patiënt legt zijn identificatieformulier voor. 55](#_Toc498702654)

[4.1.3 Wanneer vindt de raadpleging van de beslissingen tot tenlasteneming plaats? 56](#_Toc498702655)

[4.1.4 De middelen voor raadpleging 56](#_Toc498702656)

[4.1.5 De opzoeking in de database van de beslissingen 56](#_Toc498702657)

[4.1.6 Het resultaat van de opzoeking 57](#_Toc498702658)

[4.1.7 Het verbintenisnummer 57](#_Toc498702659)

[4.1.7.1 Maximale raadplegingsperiode 58](#_Toc498702660)

[4.1.7.2 Geldigheid van het verbintenisnummer 59](#_Toc498702661)

[4.1.7.3 Betalingsverbintenis krijgen door een periode in de toekomst te raadplegen 59](#_Toc498702662)

[4.1.7.4 Betalingsverbintenis krijgen voor een raadpleging in het verleden 59](#_Toc498702663)

[4.1.7.5 Geldigheidsduur van de waarborg van de betalingsverbintenis 59](#_Toc498702664)

[4.1.7.6 Duur van de waarborg van de betalingsverbintenis: 59](#_Toc498702665)

[4.1.7.7 Verlenging van de verzorging: 60](#_Toc498702666)

[4.1.7.8 Automatisering door het ziekenhuis 60](#_Toc498702667)

[4.1.8 Er bestaat een beslissing tot tenlasteneming met aangepaste dekking 60](#_Toc498702668)

[4.1.9 Er is nog geen beslissing tot tenlasteneming of de beslissing dekt de zorgprestaties niet 61](#_Toc498702669)

[4.1.9.1 De termijn om het OCMW op de hoogte te stellen 61](#_Toc498702670)

[4.1.9.2 De “verbindingsfiche” 61](#_Toc498702671)

[4.1.9.3 Gebruik van het formulier "sociaal onderzoek” 61](#_Toc498702672)

[4.1.9.4 Contact opnemen met het bevoegde OCMW 62](#_Toc498702673)

[4.1.9.5 Weigering tot uitbreiding van de dekking door het OCMW: 62](#_Toc498702674)

[4.2 De zorgverstrekker verzorgt en factureert de verstrekte zorgen 63](#_Toc498702675)

[4.3 Het attest Dringende medische hulp (DMH) 63](#_Toc498702676)

[4.3.1.1 Een model van elektronisch medisch attest 63](#_Toc498702677)

[4.3.1.2 Wie moet het attest Dringend medische Hulp (DMH) bewaren? 63](#_Toc498702678)

[4.3.1.3 Controles a posteriori van de attesten DMH door de HZIV 64](#_Toc498702679)

[4.3.2 Een voorschrift voor een andere verstrekker 64](#_Toc498702680)

[5 Facturatie van de medische kosten 65](#_Toc498702681)

[5.1 De elektronische facturatie aan de HZIV 66](#_Toc498702682)

[5.1.1 Identificatie van de debiteuren 66](#_Toc498702683)

[5.1.2 De conventies tussen OCMW’s en ziekenhuizen 67](#_Toc498702684)

[5.1.3 Advies van de adviserende geneesheer van het ziekenfonds vereist 67](#_Toc498702685)

[5.1.4 Splitsing van facturen (ziekenhuizen) 67](#_Toc498702686)

[5.1.5 Versturen van de elektronische facturen aan de HZIV 67](#_Toc498702687)

[5.1.6 In geval van facturering via MyCareNet 68](#_Toc498702688)

[5.1.7 Specifieke facturatie-instructies van de HZIV voor de verstrekkers 68](#_Toc498702689)

[5.2 De papieren facturatie 68](#_Toc498702690)

[5.2.1 Productieregel voor papieren facturen: 69](#_Toc498702691)

[5.2.2 Presentatie van de papieren factuur 69](#_Toc498702692)

[5.3 Afhandeling van de facturatie door de HZIV 69](#_Toc498702693)

[5.3.1 Controles door de HZIV 70](#_Toc498702694)

[5.3.2 Rechtzettingen van de facturen 70](#_Toc498702695)

[5.3.3 De maximum betalingstermijn: 71](#_Toc498702696)

[5.4 Uitvoeren van de eindafrekening voor de POD MI en de OCMW’s 71](#_Toc498702697)

[5.4.1 Het overmaken van de afrekeningen naar de POD 71](#_Toc498702698)

[5.5 De POD MI bezorgt de afrekeningen aan het (de) OCMW(‘s) 71](#_Toc498702699)

[5.5.1 Het OCMW verwerkt de facturen 72](#_Toc498702700)

[5.5.2 Raadpleging van de afrekening door het OCMW 72](#_Toc498702701)

[5.5.3 Controle van de afrekeningen en/of de facturen door de OCMW’s 72](#_Toc498702702)

[5.5.4 Betaling door het OCMW 73](#_Toc498702703)

[5.6 Laatste stap: het formulier D 73](#_Toc498702704)

[5.7 Tot besluit: de inspectie van de POD MI 73](#_Toc498702705)

# Inleiding

Deze handleiding heeft tot doel de werking van het elektronisch platform MediPrima te beschrijven en jullie vertrouwd te maken met de verschillende stappen van het proces voor het beheer van de medische hulp via dit systeem, door een zo volledig mogelijk overzicht te geven.

Deze handleiding is bestemd voor zowel de maatschappelijk werkers, de OCMW’s, als voor de zorgverleners en iedereen die betrokken is bij het systeem MediPrima.

# Basisbegrippen en principes

## MediPrima: wie, hoe en wat?

MediPrima is een informaticaplatform dat in een centrale databank, authentieke bron van deze informatie, alle beslissingen tot tenlastenemingen van gezondheidszorgen verzamelt door de OCMW’s en die de geautomatiseerde terugbetaling van de medische kosten mogelijk maakt.

Deze authentieke databank is toegankelijk voor alle partijen die betrokken zijn bij het beheer van de medische hulp, die haar kunnen raadplegen of gebruiken.

De invoering van het systeem MediPrima heeft tot doel de behandeling van de medische hulp die door de OCMW’s wordt toegekend aan behoeftige personen te vereenvoudigen, te rationaliseren en te verbeteren: het zorgt ervoor dat:

* de OCMW’s al hun beslissingen op het vlak van gezondheidszorg kunnen beheren in een centraal systeem en
* de zorgverstrekkers om:
  + deze beslissingen van tenlasteneming om hun terugbetaling te kunnen weten
  + de medische prestaties die werden uitgevoerd bij patiënten die medische hulp genieten die werd toegekend door een OCMW elektronisch te kunnen factureren.

Het is inderdaad de Hulp Kas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) die voert de controles van deze prestaties uit door de regels van het RIZIV toe te passen en die het gedeelte van de kosten ten laste van de Belgische Staat rechtstreeks betaalt, op basis van de elektronische beslissingen van de OCMW’s ingediend in MediPrima.

Dankzij MediPrima wordt het gedeelte van de medische kosten van de OCMW-cliënten, dat ten laste is van de Staat, terugbetaald door de HZIV binnen een termijn van 8 dagen na invoering van de facturen in het systeem.

## De actoren van het systeem MediPrima

Dit platform is een samenwerking tussen verschillende partners.

* De OCMW’s
* De zorgverstrekkers
* De POD MI
* De HZIV
* De KSZ
* De ziekenfondsen
* De OCMW’s
* Het NIC
* eHealth
* de DAV
* het RIZIV
* de gebruikers van de medische hulp, de begunstigden van de OCMW’s.

## De fasering.

Gelet op de omvang van MediPrima is een fasering noodzakelijk: het MediPrima zit momenteel in zijn eerste fase.

* **Fase 1:**

Deze fase betreft de tenlasteneming van alle ziekenhuisfacturen van de personen die geen ziekte- en invaliditeitsverzekering genieten **én** die zich niet kunnen aansluiten bij een ziekenfonds in België.

Dit betreft onder andere:

* Illegalen: vreemdelingen in het Rijk verblijvend zonder geldige verblijfstitel;
* Personen wiens verzoek om regularisatie op basis van artikel 9ter ontvankelijk verklaard werd;
* Asielzoekers in financiële hulp of in een LOI (Lokaal Opvang Initiatief) [[1]](#footnote-1);
* Geschrapte.

Enkel de zorgverstrekkers waarvan het RIZIV-nummer begint met 710 en 720 zijn opgenomen in de eerste fase.

Dit betreft zowel de hospitalisaties als de ambulante zorgen – inclusief de geneesmiddelen - in een verpleeginstelling.

* **Fase 2:**

Fase 2 heeft tot doel het voordeel van het systeem MediPrima uit te breiden naar andere categorieën van zorgverstrekkers dan de ziekenhuizen:

* Huisartsen;
* Apotheken;
* **Fase 3:**

Fase 3 breidt het gebruik van MediPrima uit naar alle gebruikers van OCMW's die recht op medische hulp hebben, zelfs als die personen bij een mutualiteit worden verzekerd.

Eindelijk, de laatste fase zal de uitbreiding tot alle zorgverstrekkers en alle aanvragers van medische hulp bij een OCMW zijn. In functie van de evolutie van de informatisering van de verschillende verstrekkers gaat het om:

* Verpleegkundigen;
* Tandartsen
* specialisten
* Paramedici;
* Enz.

**Opmerking over de fasering:**

Uit deze fasering resulteert in bepaalde gevallen dat het OCMW een geautomatiseerde beslissing zal aanmaken in het systeem MediPrima én volgens de klassieke weg (verzending van een elektronisch formulier A en B aan de POD MI).

In andere gevallen, zal het haar beslissingen uitsluitend volgens de oude procedure indienen: een elektronisch formulier A, B1/B2 en D1/D2 dat aan de POD MI wordt bezorgd.

## Begrippenlijst

### Medische hulp:

Medische hulp is de gehele of gedeeltelijke tenlasteneming van de medische kosten van de personen die beroep doen op een OCMW. Deze **financiële hulp** wordt niet rechtstreeks aan de betrokken persoon gestort. Medische hulp heeft tot doel de begunstigde toegang te geven tot de medische zorgen (raadpleging bij een arts, hospitalisatie, medicijnen in een apotheek, kinesitherapiesessies …) via de betaling van de medische prestaties.

De Federale Staat – vertegenwoordigd door de POD MI – neemt een deel van de kosten van deze medische hulp voor haar rekening.

Het OCMW kan, indien het wilt, ook een deel van de kosten opnemen.

### Dringende Medische Hulp:

Volgens de wet [[2]](#footnote-2), is Dringende Medische Hulp (DMH genoemd), een vorm van sociale bijstand uitsluitend voorbehouden voor buitenlandse personen die illegaal verblijven, dat wil zeggen buitenlandse personen die geen geldige verblijfstitel (meer) hebben in België.

Volgens het Koninklijk Besluit [[3]](#footnote-3) dekt Dringende Medische Hulp uitsluitend medische prestaties, de hospitalisaties met de kosten voor verblijf en voeding inbegrepen.

De Dringende Medische Hulp mag niet worden verward met Medische spoedgevallen: het omvat **curatieve**, maar ook **preventieve zorgen**.

*Zo kunnen kinesitherapiesessies, medische onderzoeken,… eveneens aanzien worden als dringende zorgen, op voorwaarde dat zij gedekt worden door een attest van Dringende Medische Hulp.*

Tot slot wordt, voor de behandeling van besmettelijke ziekten, de **continuïteit van zorgen** en de **preventie** ook aanzien als dringende zorgen.

De toepassing van deze reglementering (DMH) moet aangetoond worden door een certificaat of attest van Dringende Medische Hulp. Dit attest moet verplicht worden afgeleverd door een door Volksgezondheid erkende (tand)arts die over een RIZIV-identificatienummer beschikt. De zorginstellingen die al in MediPrima zitten, moeten dit attest zelf bewaren. In de andere gevallen moet dit attest nog bewaard worden door het OCMW.

Bij farmaceutische kosten moet er eveneens een attest van dringende medische hulp van de voorschrijvende arts afgeleverd te worden. Dit attest moet voorlopig nog bewaard worden door het OCMW.

### Medische spoedgevallen

Wanneer de zorgen niet kunnen worden uitgesteld, spreekt men van medische hoogdringendheid. Deze hoogdringendheid wordt niet bepaald door een wetgeving, maar door de praktijk.

Zo kan de hoogdringendheid in de medische zin worden gedefinieerd als de fysieke toestand van een patiënt waarbij een onmiddellijke interventie vereist is omdat het risico bestaat dat de vitale functies van de patiënt in gevaar zijn of omdat dringend en onontbeerlijke technische handelingen vereist zijn om verdere complicaties bij de patiënt te voorkomen.

### Personen die kunnen genieten van medische hulp

Er bestaan 3 categorieën personen die kunnen genieten van medische hulp.

* Personen die illegaal verblijven:

Personen die illegaal verblijven die behoeftig zijn en zorgen nodig hebben kunnen dringende medische hulp (DMH) genieten. **Dit is in principe de enige vorm van hulp die zij genieten.**

* Niet-verzekerde hulpvragers OCMW:

Personen die een beroep doen op het OCMW (met inbegrip van de legaal verblijvende vreemdelingen) en niet – of niet meer – verzekerd zijn bij een verzekeringsinstelling of ziekenfonds, die er niet meer door verzekerd kunnen worden en die in een toestand van financiële armoede verkeren.

* Verzekerde hulpvragers OCMW:

Personen die een beroep doen op het OCMW (met inbegrip van de vreemdelingen met een legaal verblijfsstatuut) en die bij een ziekenfonds verzekerd zijn, maar die behoeftig zijn, waardoor zij het gedeelte van de ziekenhuis, medische of farmaceutische kosten die ten hunner laste blijven, niet kunnen betalen.

### Groep in MediPrima

In de eerste fase is het gebruik van MediPrima beperkt tot personen die niet verzekerd én niet verzekerbaar zijn. Dit betreft:

1. Illegalen: vreemdelingen zonder geldige verblijfstitel;
2. Personen wiens verzoek om regularisatie op basis van artikel 9ter ontvankelijk verklaard werd;
3. Asielzoekers in financiële hulp of in een LOI (Lokaal Opvang Initiatief);
4. Geschrapte uit het Rijksregister.

### Medische kosten ten laste van Fedasil

De medische kosten die door Fedasil ten laste worden genomen zullen nog niet via MediPrima verlopen. Wanneer de begunstigde in een opvangcentrum verblijft, kan hij niet beschikken over een beslissing tot tenlasteneming MediPrima, aangezien zijn medische kosten ten laste worden genomen door Fedasil.

Fedasil zal in een latere fase tot het systeem MediPrima toetreden.

### Zorginstellingen

De term zorginstellingen is een algemene benaming die alle instellingen dekt waar er medische zorg verleend wordt. [[4]](#footnote-4)

In de eerste fase zijn enkel de ziekenhuizen waarvan het RIZIV-nummer begint met 710 en 720 opgenomen.

### Bevoegdheidsregels

In principe is het bevoegde OCMW dat van de gemeente waar de aanvrager zijn gewoonlijke en effectieve verblijfplaats heeft.

Ook voor de personen die illegaal in België verblijven, is het OCMW van de gemeente waar de persoon zijn gewoonlijke verblijfplaats heeft bevoegd om de aanvraag tot toekenning van dringende medische hulp te behandelen.

De uitzonderingsregels van de wet van 02/04/1965 blijven van toepassing.[[5]](#footnote-5)

### Gewoonlijk en effectief verblijf

De gewoonlijke en effectieve verblijfplaats is de woning of plaats waar een persoon (met zijn gezin) gewoonlijk verblijft. De bepaling van de gewoonlijke en effectieve verblijfplaats gebeurt op basis van objectieve feiten vastgesteld tijdens het sociaal onderzoek.

### 45-dagen regel

Om een tenlasteneming van de medische en farmaceutische kosten door de staat te verzekeren, moet het OCMW een beslissing nemen binnen een termijn van 45 dagen vanaf de datum van aanvang van de verstrekking van verzorging.

De periode begint op de datum van de opname voor de hospitalisatie of op de dag van de medische prestatie voor de andere zorgen.

De kosten voor verleende hulp gedurende een periode van meer dan 45 dagen voor de beslissing worden niet ten laste genomen door de staat.

### Simulatie

Met de simulatie kan het OCMW op elk moment elektronisch de terugbetalingspercentages verkrijgen die door de federale staat (POD MI) ten laste worden genomen en die van toepassing zijn volgens de reglementering en de juridische en administratieve situatie van de betrokken persoon.

Het OCMW kan het doen via zijn eigen sociale software zonder daarom een beslissing tot tenlasteneming in te dienen.

### De elektronische beslissing tot tenlasteneming

Een elektronische beslissing tot tenlasteneming bevat:

* De identificatie van de patiënt;
* Het OCMW dat de beslissing heeft genomen;
* De geldigheidsdatum van de beslissing/ van de dekkingen;
* Het tenlastenemingspercentage van de federale Staat (POD MI);
* Het statuut van de persoon;
* Het bestaan van een rechterlijke beslissing
* De verzekerbaarheid van de persoon
* Het inkomen dat al dan niet hoger is dan het LL
* Per soort zorg (hospitalisaties, ambulante zorgen, algemene geneeskunde, paramedische prestaties, farmaceutische kosten, protheses, medisch vervoer, diversen), de duur en de eventuele voorwaarden van de tenlasteneming door de Belgische Staat en door de OCMW’s.

### Een beslissing per persoon

Een elektronische beslissing tot medische tenlasteneming moet individueel worden ingediend voor elke gerechtigde.

### De principiële beslissing en de waarborg voor de tenlasteneming van het OCMW

Een **principiële beslissing** is een beslissing van het OCMW waarbij deze zijn bevoegdheid erkent en te kennen geeft dat de betrokkene behoeftig is. Het betreft dus een beslissing genomen (door de Raad of via delegatie) na het voeren van een sociaal onderzoek. Een principiële beslissing bevat evenwel geen enkele dekking.

Wanneer er specifieke medische hulp wordt vastgelegd en een betalingsverbintenis wordt afgeleverd, dan spreekt men van een **waarborg voor de tenlasteneming**.

### ****Nummer van elektronische beslissing en versienummer****

Het beslissingsnummer is een **uniek** nummer dat automatisch wordt toegekend bij de aanmaak van een elektronische beslissing. Dit nummer zal niet meer wijzigen, ongeacht de updates die worden uitgevoerd in deze beslissing.

Bij elke elektronische beslissing wordt eveneens een uniek versienummer toegekend. Bij de aanmaak van een beslissing is dit nummer gelijk aan 1. Bij elke wijziging van de beslissing stijgt dit versienummer. Zo kunnen de verschillende versies van een elektronische beslissing makkelijker worden geïdentificeerd.

### Terugbetaling door de Staat (POD MI)

De Staat neemt de medische kosten ten laste van de personen die de medische hulp genieten. Dit geldt enkel voor het bedrag dat ten laste genomen wordt door de ziekte – en invaliditeitsverzekering.

Zo mogen enkel de prestatie waarvoor een code of pseudo-code bestaat in de RIZIV-nomenclatuur [[6]](#footnote-6) in aanmerking genomen worden voor een tenlasteneming door de POD MI. De terugbetaling van deze prestaties zal aan het maximumtarief van het RIZIV gebonden zijn.

### De tenlasteneming van het OCMW

Het OCMW heeft het recht de tussenkomst in medische kosten uit te breiden tot andere kosten, buiten RIZIV – nomenclatuur bijvoorbeeld, om meer te betalen dan het RIZIV-tarief. Dit betekent dat het OCMW extra kosten op zich kan nemen, buiten de kosten die worden terugbetaald door de POD MI. De kosten die het OCMW zelf ten laste neemt, zullen niet worden terugbetaald door de Staat en zullen ten laste blijven van het OCMW. Deze dekking gebeurt dus op de eigen fondsen van het OCMW.

De kosten die niet gedekt zijn door een beslissing tot tenlasteneming van een OCMW, blijven ten laste van de patiënt. De beslissing van het OCMW is dwingend, zelfs voor de kosten die de Staat (POD MI) ten laste neemt.

### Refundcode

De Staat komt tussen in de medische en farmaceutische kosten in functie van de situatie van de persoon. De “refundcode” is een door de Staat (de POD MI) bepaalde cijfercode die de specifieke situatie beschrijft van de begunstigde, evenals het niveau van tussenkomst van de Staat (POD MI).

De elementen in verband met de begunstigde die de “refundcode” bepalen, zijn:

* Het inschrijvingsregister;
* Het verblijfsstatuut;
* De verzekerbaarheid;
* De inkomens;
* De gemeente waar de kandidaat-vluchteling verblijft;
* Het aanbod aan geschikte huisvesting die is aangepast aan de middelen van de kandidaat-vluchteling.

Je vindt de volledige en bijgewerkte lijst van de “refundcodes” op de website van de POD MI onder   
<https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/mediprima_refund_codes_nl_2016_0.xlsx> .

*Voorbeeld: een niet-verzekerd persoon die illegaal verblijft, met een lager inkomen dan het LL zal een andere “refundcode” hebben dan een persoon die zijn statuut van illegaliteit 3 maanden geleden heeft verloren, die zou kunnen worden aangesloten en die een inkomen heeft dat lager is dan het LL, hoewel voor deze personen de tussenkomst van de Staat identiek is. In feite moet de eerste persoon een attest van dringende medische hulp hebben, opdat de Staat tussenkomt, terwijl dit niet het geval is voor de tweede persoon.*

### Wijziging van een beslissing

Het OCMW kan op elk moment de beslissing tot tenlasteneming wijzigen.

Het OCMW kan eveneens de dekking uitbreiden van een beslissing die de dag van de wijziging reeds verlopen is.

Een **retroactieve wijziging** van de rechten van de beslissing kan enkel als het een verhoging van de rechten tot gevolg heeft.

Het OCMW kan dus nieuwe rechten toekennen met terugwerkende kracht van maximum 45 dagen, uitgezonderd in geval van een rechterlijke beslissing.

Een beslissing kan dus niet met terugwerkende kracht gewijzigd worden met vermindering van de rechten.

### Betalingsverbintenis (waarborg voor zorgverstrekkers)

De zorgverstrekker heeft de waarborg dat de behandelingen, raadplegingen en zorgen die hij verstrekt overeenkomstig de voorwaarden van de elektronische beslissing, ten laste zullen worden genomen, ook al wijzigt (beperkt) het OCMW in de toekomst de rechten. Dit heet de **betalingsverbintenis.**

Zo zal een zorgverstrekker die medische zorgen verleend heeft op basis van de raadpleging van een beslissing tot medische tenlasteneming de waarborg hebben dat hij vergoed wordt voor zijn prestaties, ook al wijzigt het OCMW iets aan de dekking van de kaart. In dit geval zal de factuur van de zorgverstrekker toch door de HZIV betaald worden. Deze garantie is echter beperkt tot 30 dagen. De dertig dagen beginnen te lopen vanaf het moment dat de zorgverstrekker een medische kaart raadpleegt. Dit wil zeggen dat de facturen die de zorgverstrekker in die 30 dagen uitschrijft, op basis van een dekking, zullen aanvaardt worden door de HZIV.

### Factuur:

Bestand dat de zorgverstrekker naar de HZIV stuurt met alle zorgen die door deze verstrekker gefactureerd zijn voor de persoon die een beslissing tot tenlasteneming geniet.

### Afrekening:

Bestand dat de HZIV maandelijks naar de POD MI stuurt met daarin alle zorgen Afrekening-OCMW of individuele afrekeningen:

### Afrekening OCMW of Individuele afrekeningen

Bestand dat de POD MI naar het OCMW stuurt met daarin informatie over de factuur van de verstrekker, aangevuld met alle zorgen betaald door de HZIV voor personen die een beslissing tot tenlasteneming in dit OCMW genieten.

### Informatieformulier (over de medische hulp)

Dit papieren document zorgt voor dat de begunstigde de correcte informatie kan bezorgen aan de zorgverstrekker: het formulier bevat de foto, het INSZ-nummer, de naam en voornamen, het geslacht en de geboortedatum van de begunstigde en van elke persoon ten laste.

Dit formulier verleent de houder geen recht en maakt geenszins een attest tot tenlasteneming door het OCMW.

Meer informatie in punt 3.6.

# MediPrima en het OCMW

Wanneer een persoon verzorging nodig heeft, maar niet over voldoende middelen beschikt om de medische kosten te dekken, moet hij medische hulp vragen aan zijn bevoegd OCMW.

Bovendien moet de behoeftige persoon deze aanvraag indienen bij het OCMW vooraleer hij zich aanbiedt bij een zorgverstrekker zodat een besluit kan genomen en ingevoerd worden in de database voor de zorgverlening.

*In de praktijk kan het zijn dat de patiënt die illegaal in België verblijft en/of weinig vertrouwd is met het administratief recht, het OCMW zal overslaan en zich spontaan zal aanbieden bij een zorgverlener, een dokter of de wacht van een ziekenhuis.*

*In functie van de ernst van zijn toestand zal de zorgverlener de persoon doorverwijzen naar het bevoegd OCMW wanneer de zorgen kunnen worden uitgesteld, of, bij medische dringendheid, de volgens de arts, dringend noodzakelijke zorg verstrekken (zie “De patiënt biedt zich aan bij de zorgverlener”).*

Er zijn twee mogelijke scenario’s:

1. Patiënt gaat eerst langs zorgverstrekker
2. Patiënt komt langs OCMW– OCMW doet sociaal onderzoek

## Patiënt gaat eerst langs ziekenhuis

De patiënt die nood heeft aan medische hulp moet, vóór elke zorgprestatie, verplicht geregistreerd worden bij een OCMW.

In de praktijk gebeurt het nochtans dat de patiënt zich, ofwel omwille van dringende hulp, ofwel omdat hij het niet weet, rechtstreeks wendt tot een verstrekker. Wat die moet doen, wordt uitgelegd in hoofdstuk 4.1.9.

## Patiënt komt langs OCMW: OCMW doet sociaal onderzoek

Wanneer een persoon medische hulp aanvraagt, zal het OCMW niet automatisch ingaan op deze aanvraag. Eerst moet de maatschappelijk werker van het OCMW, als eerste stap van het sociaal onderzoek via de gecentraliseerde database MediPrima, controleren of de aanvrager niet reeds een dekking geniet van zijn medische zorgen (tenlasteneming), ofwel bij zijn OCMW, ofwel bij een ander.

### Het OCMW onderzoekt de bevoegdheid

In eerste instantie controleert het OCMW of het territoriaal bevoegd is om de zorgen ten laste te nemen.

#### Het OCMW is niet bevoegd

Wanneer dit OCMW, om een of andere reden, van mening is dat het niet territoriaal bevoegd is, deelt het, binnen een termijn van vijf kalenderdagen en op eigen initiatief, zijn onbevoegdheid per brief mee:

* Aan de patiënt

Het OCMW deelt hem mee dat het zijn aanvraag heeft bezorgd aan het bevoegde OCMW en vermeldt de gegevens van dit OCMW alsook de redenen van zijn onbevoegdheid.

* Aan het OCMW dat het bevoegd acht

Het OCMW vermeldt ook de redenen van zijn onbevoegdheid.

* Eventueel ook aan de zorgverstrekker

Het OCMW licht de zorgverstrekker in dat hij niet bevoegd is.

Wanneer hij dit niet of te laat doet, dan moet hij zelf instaan voor de maatschappelijke dienstverlening, en dit zolang hij de aanvraag niet heeft bezorgd of de ingeroepen redenen om de onbevoegdheid te rechtvaardigen niet heeft meegedeeld.

Het tweede OCMW kan dus pas overnemen op het moment dat de steunaanvraag aan hem werd bezorgd. Het kan dus niet gesanctioneerd worden door een laattijdig doorsturen van een steunaanvraag waardoor de 45-dagen termijn niet meer zou kunnen gerespecteerd worden.

Wanneer het tweede OCMW de tenlasteneming van de aanvraag weigert, moet dat OCMW, ook binnen de vijf kalenderdagen, de bevoegde federale overheid of de dienst Bevoegdheidsconflicten van de POD MI, inlichten.

#### **OCMW’s die zich allebei bevoegd achten**

De POD MI kan enkel op vragen antwoorden en zijn interpretatie meedelen. De POD MI beschikt niet over een wettelijke basis om in dit geval een beslissing te nemen en een OCMW aan te duiden.

#### **Verantwoordelijkheid van het OCMW**

De elektronische beslissing is de reflectie van een juridische beslissing. Zolang het OCMW dat zich initieel heeft geëngageerd zijn elektronische beslissing niet herziet/stopzet blijft het verantwoordelijk.

#### Tussenkomst van een tweede OCMW

Indien een OCMW beslist op te treden, terwijl er in de database al een beslissing van een ander OCMW bestaat, dan zal de Staat niet tussenkomen in eventuele kosten. Om het bestaan te controleren van een elektronische beslissing in MediPrima, zie 3.2.2.

De POD MI aanvaardt niet dat een OCMW zich zou substitueren t.o.v. een ander OCMW. Ook twee beslissingen (zelfs als de waarborgen voor de tenlastenemingen verschillen) voor eenzelfde persoon en eenzelfde periode kan niet aanvaard worden. Het tweede OCMW kan pas overnemen vanaf het moment dat het eerste OCMW zijn beslissing heeft stopgezet.

#### Het bevoegd OCMW van het kind verschillend van dat van de moeder

Indien bij de geboorte van een kind het bevoegd OCMW van het kind niet hetzelfde is als dat van de moeder kunnen twee verschillende OCMW’s, in principe, bevoegd zijn. Het betreffen immers ook twee verschillende personen, dus elk OCMW kan een beslissing nemen voor de persoon voor wie ze zich bevoegd achten.

### Het OCMW controleert het bestaan van een beslissing

Een INSZ is verplicht, dat overeenkomt met een rijksregisternummer of met het bisnummer, om MediPrima te kunnen raadplegen. Ten behoeve van de zorgverstrekkers wordt daarom op het document “Informatieformulier m.b.t. medische hulp” ook voor elke minderjarige bijkomende begunstigden een veld “INSZ” voorzien.

De OCMW’s kunnen op twee manieren de beslissingen tot tenlasteneming raadplegen:

* **De “eenvoudige” opzoeking:**

Deze laat u toe om de laatste versie van de beslissing tot medische tenlastenemingen te raadplegen. Deze opzoeking gebeurt op basis van volgende criteria:

* Het **INSZ-nummer** van de aanvrager in combinatie met een **datum.**
* Het **INSZ-nummer** van de aanvrager in combinatie met een **periode.**
* **Het INSZ-nummer van de aanvrager:**

Een opzoeking uitvoeren op de naam van de persoon is niet mogelijk. Het INSZ-nummer moet dus eerst op een andere manier gevonden worden. Dit kan bijvoorbeeld door een fonetische opzoeking in het Rijksregister via de KSZ.

* **Een precieze datum:**

Standaard wordt de raadplegingsdatum gehanteerd.

* **Een periode:**

Via deze functie kan de historiek van de beslissing geraadpleegd worden en dit voor een bepaald INSZ-nummer en een bepaalde periode.

* **Het nummer van een beslissing tot tenlasteneming:**

Elke beslissing tot tenlasteneming heeft een uniek nummer dat automatisch door het systeem aangemaakt wordt bij de creatie van een beslissing in de database. Alleen het OCMW die beheerder van de elektronische beslissing is kan de database MediPrima raadplegen op basis van het beslissingsnummer en het versienummer.

* **De opzoeking op “historiek”:**

Via deze opzoeking kan men alle beslissingen en hun verschillende versies voor de gevraagde periode en de betrokken persoon raadplegen.

**Een raadpleging kan volgende resultaten opleveren:**

* **Geen resultaat:**

Er is nog geen beslissing tot tenlasteneming voor deze aanvrager. De maatschappelijk werker onderzoekt de bevoegdheid

* **Een technische fout:**

Er wordt een foutboodschap, met vermelding van het soort fout, teruggestuurd (vb. Het ingevoerd INSZ-nummer is onjuist).

* **Eén of meerdere beslissingen voor dezelfde persoon:**

Wanneer er reeds een beslissing tot medische tenlasteneming bestaat die geldig is voor de persoon of wanneer er een vroegere beslissing geweest is, kan de medewerker van het OCMW deze beslissing onmiddellijk raadplegen.

Er zijn twee mogelijkheden:

* De persoon die de opzoeking uitvoerde, is medewerker van het OCMW dat beheerder is van de opgezochte beslissing, m.n. het bevoegd OCMW: in dit geval heeft hij zicht op de volledige inhoud van deze beslissing.
* De persoon die de opzoeking uitvoerde is medewerker van een OCMW dat niet de beheerder is: in dit geval heeft hij enkel zicht op **beperkte informatie** nl. het ondernemingsnummer (KBO) of de naam van het beherende OCMW, het beslissingsnummer evenals de start- en einddatum van de geldigheid van de laatste beslissing. Alleen het beherend OCMW van de elektronische beslissing kan de gegevensbank op het beslissings-en versienummer consulteren.

**Wanneer er al een elektronische beslissing van een OCMW bestaat, kan de** inhoud van deze beslissing niet door **een ander OCMW** geconsulteerd worden.

Wanneer een ander OCMW een elektronische beslissing wil aanmaken, dan moet men:

* Of de persoon doorverwijzen naar het bevoegde OCMW
* Of contact met hen opnemen om eventueel de kaart stop te zetten (indien OCMW B van mening is dat het zelf, en niet langer OCMW A bevoegd is).

### Het OCMW maakt dossier op en start sociaal onderzoek

#### Dossier maatschappelijke dienstverlening

Eenmaal het bevoegde OCMW gekend is, maakt het, om de aanvraag tot tenlasteneming te behandelen, in zijn sociale software een dossier aan: het dossier maatschappelijke dienstverlening.

Om efficiënt het sociaal onderzoek uit de voeren moet het OCMW de informatiestromen van de KSZ kunnen raadplegen.

#### Het OCMW voert het sociaal onderzoek uit

Om na te gaan of de persoon behoeftig is en of er een verzekering voor geneeskundige verzorging is, voert de maatschappelijk werker van het OCMW een sociaal onderzoek[[7]](#footnote-7) uit. De aanvrager bezorgt de nodige documenten.

Het OCMW noteert de relevante elementen van het sociaal onderzoek in zijn verslag om de beslissing tot tussenkomst te rechtvaardigen (namelijk bij de inspecties van de POD MI in geval van een tenlasteneming door de Staat).

Het OCMW zal enkel tussenkomen wanneer de basisvoorwaarden vervuld zijn.

* De staat van behoeftigheid van de aanvrager:

De aanvrager (zelfs als deze illegaal verblijft) moet, voor hij een beroep doet op het OCMW, eerst de middelen gebruiken die hij tot zijn beschikking heeft.

Om de staat van behoeftigheid te bepalen stelt het OCMW een financiële balans op van de bestaansmiddelen en de lasten van de persoon.

* De verblijfssituatie van de aanvrager:

Zo kunnen illegalen, dit zijn personen die niet of niet meer over een verblijfsrecht beschikken in België, alleen Dringende Medische Hulp [[8]](#footnote-8) (DMH) genieten.

Het dringende karakter van de medische hulp wordt voorgeschreven door een door het RIZIV erkende (tand)arts en mag niet verward worden met de medische urgentie[[9]](#footnote-9).

* De verzekerbaarheid van de aanvrager:

Wanneer de aanvrager is aangesloten bij een ziekenfonds (of bij een gelijkwaardige instelling in het buitenland) of hij beschikt over een aanvullende verzekering, een reisverzekering, een verbintenis tot tenlasteneming, een borg, … dan zijn het de verzekeringsinstelling, de borg, enz. die de medische kosten van de aanvrager eerst ten laste moeten nemen. Het OCMW kan dan weigeren om in de medische kosten tussen te komen. Het OCMW kan enkel nog tussenkomen op residuaire wijze, dus enkel voor kosten die niet uitdrukkelijk ten laste zijn genomen.

#### De informatiebronnen van het OCMW

**Naast het eigen onderzoek**, kan het OCMW zich ook baseren op betrouwbare en gestaafde elementen die zijn verzameld door een derde, meer bepaald de sociale dienst van het ziekenhuis, waardoor er sneller een beslissing kan worden genomen.

Het ziekenhuis bezorgt de verzamelde informatie meestal onder de vorm van vaak gestructureerde documenten, zoals de “verbindingsfiche” of de “fiche sociaal onderzoek”.

* De verbindingsfiche ([zie op de website van de POD MI](https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/dbmed_-_bijlage_1_n.xlsx)):

Dit informatieformulier is afkomstig van de sociale dienst van het ziekenhuis. Het identificeert de patiënt met de eerste beschikbare informatie en geeft toelichting over de aard van de ontvangen zorgen.

Deze “verbindingsfiche” wordt bezorgd aan het bevoegde OCMW en informeert het over de medische tussenkomst. Deze fiche kan voor de maatschappelijk werker als basis dienen om zijn dossier op te stellen.

* De fiche van het sociaal onderzoek ([zie op de website van de POD MI](https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/dbmed_-_bijlage_2_n.xlsx) ):

Dit is een ander, meer volledig, document dat door bepaalde ziekenhuizen wordt opgesteld. Een fiche sociaal onderzoek bevat de informatie-elementen die nuttig zijn voor het sociaal onderzoek en het mandaat dat de aanvrager gaf om zijn aanvraag tot medische hulp in te dienen bij het bevoegde OCMW.

## Het OCMW neemt een beslissing

In functie van het resultaat van het sociaal onderzoek, kan het OCMW overgaan tot:

### De persoon in regel brengen

Het OCMW waakt over de inschrijving bij een verzekeringsinstelling of over de regularisatie van het ziekenfondsdossier van de aanvrager. Dit is de eerste maatregel die het OCMW moet nemen wanneer de persoon voldoet aan de voorwaarden om dekking van ziekte- en invaliditeitsverzekering te genieten[[10]](#footnote-10).

### De hulpaanvraag wordt geweigerd

Wanneer het OCMW de staat van behoeftigheid van de persoon niet kan bepalen, of wanneer er geen behoeftigheid is, zal het de tenlasteneming weigeren.

Een beslissing tot weigering wordt niet in het systeem MediPrima ingevoerd.

### Het OCMW voert een simulatie uit.

Vooraleer zijn uiteindelijke beslissing te nemen, kan het OCMW een simulatie uitvoeren. Met deze handeling onderzoekt het OCMW de mogelijkheid tot tenlasteneming door de POD MI.

* *Wat is een simulatie?*

Het OCMW kan op elk moment elektronisch de terugbetalingspercentages verkrijgen die door de federale staat (POD MI) ten laste worden genomen en die van toepassing zijn volgens de reglementering en de juridische en administratieve situatie van de betrokken persoon.

Deze informatie kan gebruikt worden als hulpmiddel bij het nemen van een beslissing. Het OCMW blijft uiteraard nog verantwoordelijk en afhankelijk van het sociaal onderzoek.

Het OCMW kan de terugbetalingspercentages oproepen via zijn eigen sociale software, zónder al een beslissing tot tenlasteneming in te dienen. Deze handeling wordt een “simulatie” genoemd.

* *Welke elementen moeten meegestuurd worden?*

Om een simulatie uit te voeren, moet het OCMW volgende elementen meedelen aan de POD MI:

* Het INSZ-nummer van de persoon: zijn identificatie;
* De periode van de dekking van de gevraagde gezondheidszorgen;
* De datum van de beslissing
* Een indicator die aangeeft of de begunstigde een inkomen heeft dat hoger of gelijk is dan dat van het leefloon;
* De beslissingsdatum
* Een flag die aangeeft of er een gerechtelijke beslissing (een vonnis van een arbeidsrechtbank) is geweest.
* Indien dit zo is, een flag die aangeeft dat er geen tussenkomst van de Staat is.

### De POD MI analyseert en antwoordt

MediPrima geeft onmiddellijk het terugbetalingspercentage van de POD MI door. De berekening gebeurt in functie van het profiel van de persoon en in functie van de verschillende categorieën van zorgen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tussenkomst** | **Hospitalisatie** | **Ambulante zorgen** | **Andere zorgen** |
| **Gedeelte ZIV** | 100% of 0% | 100% of 0% | 100% of 50% of 0% |
| **Gedeelte patiënt** | 100% of 0% | 100% of 0% | 100% of 50% of 0% |

De simulatie wordt niet geregistreerd in MediPrima.

In geval van betwisting van %, moet het OCMW contact opnemen met de POD MI.

## OCMW beslist tot tenlasteneming van de medische hulp:

Op basis van het sociaal onderzoek wordt een voorstel opgemaakt. Dit volledige voorstel wordt voorgelegd aan de Raad voor maatschappelijk welzijn, of aan een gedelegeerd orgaan van het OCMW. Deze zal een gepaste beslissing nemen.

* **Weigering tot tussenkomst** in de medische kosten:

In geval van weigering zal de zorgverstrekker niet worden terugbetaald door het OCMW, noch door de Staat. De zorgverstrekker bezorgt de facturen aan de patiënt.

Deze weigering wordt niet geregistreerd in MediPrima.

* **Beslissing tot tussenkomst** in de medische kosten

Het OCMW beslist om een tussenkomst toe te kennen in de kosten van de medische hulp. Deze beslissing kan eventueel gepaard gaan met een beslissing in verband met een ander soort maatschappelijke hulp (leefloon, financiële steun, …).

In geval van een tussenkomst worden eveneens de modaliteiten van de tussenkomst van het OCMW bepaald.

* + Welke categorie(en) van zorgen worden ten laste genomen (volgens de 9 categorieën van zorgen)?
  + Wat is de duur van de toegekende dekkingen?
  + Welke zijn de eventuele voorwaarden (franchises, enz.)?
  + Wie zijn de eventueel aanvaarde zorgverstrekkers (welke arts, welk ziekenhuis?) ?

Het OCMW beschikt immers over een bepaalde beslissingsautonomie om bij zijn tussenkomst de keuze voor bepaalde zorgverstrekkers te bepalen: ziekenhuizen of artsen, geconventioneerd met het OCMW, enz.

* In het **geval van dringende medische hulp**

De toekenning van de dringende medische hulp moet eveneens onderwerp zijn van een beslissing van de Raad voor Maatschappelijk Welzijn.

Enkel als er een arts een getuigschrift van dringende medische hulp heeft afgeleverd en de persoon voldoet aan de nodige voorwaarden (zie: “Op wie heeft de medische hulp betrekking”), zal het OCMW de prestaties dekken.

Het systeem MediPrima voert de flag DMH (attest DMH nodig) in alsook de beschrijving van de statuut van de persoon (verzekerd of niet).

### Het OCMW deelt zijn beslissing mee aan de patiënt

De door het OCMW genomen beslissing wordt aan de betrokkene meegedeeld binnen de 8 dagen die volgen op de beslissing:

* Ofwel per **aangetekende brief**
* Ofwel door afgifte van de brief aan de persoon zelf tegen **ontvangstbewijs**

De beslissing legt de duur en uitvoeringsmodaliteiten van de medische hulp vast (bv: de soort zorgen).

### Het OCMW voert zijn beslissing in het centraal beslissingssysteem in

Om een tenlasteneming van de voorziene kosten door de staat (vertegenwoordigd door de POD MI) te verzekeren, moet het OCMW zijn finale beslissing tot tussenkomst meedelen aan de POD MI. Hiervoor moet het OCMW zijn beslissing via zijn sociale software invoeren in het gecentraliseerde systeem (in MediPrima). Dit uiterlijk op het moment van de mededeling van de beslissing aan de betrokkene (maximaal 8 dagen)[[11]](#footnote-11).

De termijn van 8 dagen begint vanaf de datum dat de beslissing door het OCMW werd genomen.

Als de termijn van 8 dagen overschreden wordt, zijn de kosten voor het deel tussen de 9e dag en de dag van de mededeling ten laste van het OCMW.

***Snel inbrengen elektronische beslissingen***

*Indien de OCMW’s (te) lang wachten om hum beslissing in te brengen, betekent dit dat de ziekenhuizen verschillende keren moeten consulteren vooraleer ze een beslissing en een betaalverbintenisnummer kunnen bekomen. De OCMW’s moeten dan hun elektronische beslissingen zo snel mogelijk in de gegevensbank MediPrima brengen.*

*In sommige dringende gevallen kan het OCMW deze handeling al uitvoeren voor de beslissing, tijdens de invoering van het dossier in zijn sociale software (zie: “Het dossier maatschappelijke dienstverlening”) en deze later laten bekrachtigen.*

De beslissing bevat verplicht de volgende elementen:

* Het **INSZ-nummer** van de begunstigde;
* De **beslissing datum:**

Dit is de datum waarop de Raad van Sociale Hulp of via delegatie de beslissing tot toekenning van de hulp heeft genomen.

Voor de toepassing van de 45-dagen termijn binnen MediPrima is de datum van beslissing van belang en niet de datum van verzending. Tussen aanvang zorg en beslissing mogen er dus slechts 45-dagen zitten wanneer een tussenkomst van de POD MI of het OCMW van onderstandsdomicilie wil bekomen worden.

*Wanneer het OCMW een elektronische beslissing (of een wijziging ervan) in de gegevensbank MediPrima inbrengt maar deze beslissing nog niet werd bevestigd op een raad,**betreft het hier dus de datum waarop de beslissing werd genomen en niet de datum waarop de raad deze beslissing ratificeert.*

* De **begindatum** van de geldigheid van de beslissing;

Deze kan ouder zijn dan de datum van invoering (dag datum). Het is dus mogelijk om een beslissing met terugwerkende kracht te nemen. Dit kan het geval zijn wanneer er beslist wordt om de medische kosten te dekken bij gevallen van medische hoogdringendheid.

* Deze terugwerkende kracht is voor wat de tussenkomst van de Staat betreft, echter beperkt in de tijd. De begindatum (= aanvang hulpverlening) kan maximaal **45 kalenderdagen** voor de datum van de beslissing liggen.
* In geval van een **gerechtelijke beslissing** is er geen beperking op de terugwerkende kracht. Een vonnis van een rechtbank kan immers verschillende jaren na de zorg genomen zijn en kan het OCMW ertoe verplichten de medische kosten met terugwerkende kracht te betalen. Het OCMW moet een rechterlijke beslissing steeds vermelden in zijn aanvraag.
* De **einddatum** van de geldigheid van de beslissing:

De veel van de beslissing tot tussenkomst in de medische kosten bedraagt maximaal 12 maanden (een jaar), hetgeen overeenkomt met de geldigheidsduur van het sociaal onderzoek.

**Aan het einde van 12 maanden moet het sociaal onderzoek immers vernieuwd worden.**

* De flag **“Inkomen hoger of gelijk dan het leefloon”:**

Deze indicatie heeft een bepalende invloed op de terugbetaling van de POD MI. Wanneer het OCMW deze flag aanduidt, zal de tenlasteneming van de Staat beperkt worden tot het ZIV-gedeelte van de factuur. Dit geldt enkel voor de ambulante zorgen.

* De flag **“gerechtelijke beslissing”:**

Deze indicatie heeft aan dat de beslissing tot medische tenlasteneming werd aangemaakt naar aanleiding van een gerechtelijke beslissing. Hierdoor kan een retroactieve begindatum van de geldigheid worden ingevoerd die hoger is dan de termijn van 45 kalenderdagen.

### Tenlasteneming van het OCMW

In het geval de toegekende hulp aanvangt voor de 45e dag die de datum van de beslissing voorafgaat, kan het OCMW beslissen dat de kosten **voor zorgen die meer dan 45-dagen in het verleden hebben plaatsgevonden** op eigen kredieten ten laste worden genomen.

In dergelijke gevallen moet het OCMW twee elektronische beslissingen meedelen.

* Een beslissing met flag “**zonder terugbetaling door de Staat”** waarvan de geldigheidsperiode loopt van de 1ste dag van de hulp tot de 46e dag voorafgaand aan de datum van de beslissing:
  + De kosten voor de prestaties die zijn opgenomen in de dekking zullen ten laste van het OCMW zijn.
* Een beslissing waarvan de geldigheidsperiode start op de 45e dag voorafgaand aan de datum van de beslissing:
  + De kosten voor de prestaties die zijn opgenomen in de dekking en zijn goedgekeurd door de Staat, zijn, binnen de door de wet vastgestelde grenzen, ten laste van de Staat.

### **Technische problemen**

**Het OCMW wenst een beslissing in te voeren in MediPrima, maar kampt met technische problemen. Hierdoor kon de beslissing niet worden ingevoerd binnen de 8 dagen: hoe kan het OCMW zich indekken tegen de inspecties? Het moet de e-mails die het naar de FrontOffice of naar de HelpDesk OCMW heeft gestuurd bewaren.**

### Vertraging van het sociaal onderzoek:

Het OCMW moet wettelijk binnen de 30-dagen na steunaanvraag een beslissing nemen.

**Indien een OCMW niet tijdig alle elementen voor het sociaal onderzoek kan verzamelen, kan het** trouwens een principiële beslissing nemen.

Wanneer het OCMW trouwens de gezochte informatie over de verzekerbaarheid (in België en/of in het buitenland) of het bestaan van de borg naar aanleiding van zijn stappen en wanneer het OCMW beslist over de tenlasteneming van de kosten, zal de POD MI de terugbetaling ervan verzekeren (voor zover aan de andere voorwaarden is voldaan).[[12]](#footnote-12)

Achteraf, van zodra het OCMW de informatie over deze verzekerbaarheid of het bestaan van deze borg ontvangen heeft, zal het haar beslissing zo snel mogelijk herzien en, indien nodig, een beslissing nemen van intrekking van hulp zonder terugwerkende kracht.

Het OCMW zal echter stappen ondernemen om de steun trachten terug te vorderen bij de verzekeringsinstelling of bij de borg, indien nodig, en zal de subsidie terugbetalen aan de Staat wanneer de stap iets oplevert.

In dit stadium kan het OCMW een “**principiële beslissing**”[[13]](#footnote-13) of een “**waarborg voor de tenlasteneming**” aanmaken.

### De principiële beslissing

We spreken over een principiële beslissing wanneer het OCMW een beslissing aanmaakt zonder effectieve dekking. Deze beslissing geeft niet weer welke zorgcategorieën het OCMW ten laste neemt en creëert voor de hulpvrager dus geen enkel recht op een financiële tegemoetkoming voor medische zorgen, noch door het OCMW, noch door de POD MI. Deze beslissing geeft enkel aan dat het OCMW bevoegd en de cliënt behoeftig is.

De aanmaak van een principiële beslissing kan gerechtvaardigd worden door:

De noodzaak voor het OCMW om de termijn van 45 dagen na te leven.

Een “principiële” beslissing, zonder enige effectieve dekking, volstaat om deze termijn na te leven.

De identificatie van het bevoegde OCMW dat de beslissing genomen heeft. Deze informatie kan nuttig zijn voor andere OCMW’s, maar ook voor de zorgverstrekkers.

Het vermijden dat meerdere OCMW’s een zelfde beslissing nemen voor dezelfde persoon.

De principiële beslissing “blokkeert” elke andere beslissing.

### De dekking (waarborg voor de tenlasteneming)

Een waarborg voor de tenlasteneming is een beslissing waarvan het OCMW tenminste één zorgdekking heeft ingevoerd voor een bepaalde periode.

De waarborg voor de tenlasteneming opent het recht voor de betrokken zorgverstrekker om zijn vorderingen, t.o.v. de staat of t.o.v. het OCMW, in te dienen bij de HZIV of het OCMW. Zo kan hij terugbetaling genieten van het tenlastenemingspercentage van de Staat (= de POD MI) en eventueel van het gedeelte dat het OCMW ten laste neemt. Dit alles volgens de modaliteiten die opgenomen zijn in de elektronische beslissing, die de verstrekker op elk ogenblik kan raadplegen in het systeem.

Zorgdekkingen zijn de grote categorieën van medische kosten die kunnen ten laste genomen worden door het OCMW of de Staat. In de huidige fase van MediPrima worden er acht onderscheiden:

* **Hospitalisatie**

De verblijfkosten in een zorginstelling als er minstens één overnachting is.

De bedoelde instellingen[[14]](#footnote-14)zijn ziekenhuizen en andere instellingen waar een diagnose kan gesteld worden of waar een diagnose kan gesteld worden of waar een aandoening kan worden behandeld.

* **Ambulante zorgen**:

De kosten van medische prestaties in het ziekenhuis of breder in zorginstellingen zonder overnachting.

* **Arts**

De raadpleging bij de huisartsen.

* **Paramedisch:**

De verpleegkundige zorgen, de sessies kinesitherapie, enz.

* **Farmaceutische kosten:**

De medicatie betaald buiten een verzorgingsinstelling.

* **Prothesen:**

De kosten voor prothesen bv tandprothese of bril.

* **Medisch vervoer:**

Het vervoer in een ziekenwagen of in een zorgvoertuig tussen het ziekenhuis en de verblijfplaats van de patiënt waarvan de gezondheidstoestand dit vereist, of tussen 2 of meerdere ziekenhuizen.

* **Diversen:**

De andere medische kosten die niet opgenomen zijn in de vorige rubrieken.

Deze dekkingen kan het OCMW onafhankelijk van elkaar “selecteren”.

Wanneer het OCMW, **bijvoorbeeld**, beslist om de hospitalisatiedekking niet te selecteren, zullen de hospitalisatiefacturen niet worden terugbetaald.

### Dekking effectief maken

Wanneer het OCMW een dekking effectief wil maken, moet het ten minste één zorgcategorie “selecteren”. Om een zorgcategorie te selecteren moet het OCMW, per gekozen zorgcategorie de volgende criteria invullen:

* De geldigheidsduur:

Elke dekking heeft zijn eigen geldigheidsduur, die echter binnen de geldigheidsperiode van de beslissing tot tenlasteneming moet vallen.

De **begindatum** van de dekking kan retroactief zijn. Zo kunnen de dringende medische prestaties gedekt worden. Maar deze terugwerkende kracht mag de grenzen van de algemene beslissing niet overschrijden.

**De rechten op een elektronische beslissing kunnen worden uitgebreid zelfs al is deze niet langer actief.**

De **einddatum** van de dekking moet zich bevinden in de geldigheidsperiode van de algemene beslissing. Voor personen die illegaal verblijven, mag de einddatum de 92 dagen na de start niet overschrijden. De dekking mag uiteraard steeds verlengd worden met periodes van maximum 92 dagen tot een totale geldigheidsduur van maximum 1 jaar.

Wanneer een factuur voor medische kosten wordt ingediend voor een prestatie uitgevoerd buiten deze geldigheidsperiode[[15]](#footnote-15), zal zij geweigerd worden door de Staat.

* De tenlasteneming van het OCMW:

Het OCMW mag zijn tenlasteneming indienen voor elke geselecteerde dekking en kan volgende delen dekken:

|  |  |
| --- | --- |
| **Aard van de gedekte kosten** | **Tenlasteneming** |
| **Gedeelte ZIV** | Alles – gedeeltelijk - niets |
| **Gedeelte patiënt** | Alles – gedeeltelijk - niets |
| **Supplementen** | Alles – gedeeltelijk - niets |

* Het gedeelte ZIV:

Dit is het gedeelte van de factuur van de gezondheidskosten dat normaal ten laste genomen wordt door de verzekeringsinstelling (het ziekenfonds). Wanneer de begunstigde niet verzekerd is en de Staat (de POD MI) dit gedeelte van de factuur niet ten laste neemt, kan het OCMW beslissen om zelf het gedeelte ZIV te dekken.

* Het gedeelte patiënt (remgeld):

Dit is het gedeelte van de factuur dat ten laste blijft van de patiënt. Het OCMW kan dit ten laste nemen wanneer de Staat (de POD MI) dit niet doet. In het geval dat de illegale persoon een inkomen heeft lager dat het leefloon, zal de POD MI het gedeelte patiënt ten laste nemen.

* De supplementen:

De supplementen worden nooit ten laste genomen door de Staat; het OCMW kan beslissen tot een tussenkomst volgens de hieronder beschreven modaliteiten.

Voor elke categorie van kosten moet het OCMW aanduiden voor welk deel het tussenkomt:

* **Alles:**

Het OCMW neemt alle kosten van deze categorie ten laste wanner de Staat niet tussenkomt.

* **Gedeeltelijk:**

Het OCMW neemt beperkt de kosten van deze categorie ten laste. De voorwaarden tot tenlasteneming moeten beschreven worden in een van de commentaarzones.

* **Niets:**

Het OCMW komt niet tussen in deze zorgcategorie.

Het OCMW kan natuurlijk niet ten laste nemen wat reeds gedekt wordt door de Staat (de POD MI).

Zo kan het OCMW, wanneer de POD MI het ZIV-gedeelte en het gedeelte patiënt dekt aan 100%, niet de terugbetalingscode “alles” toepassen voor deze twee categorieën. De OCMW-tussenkomst is residuair aan de tussenkomst ZIV en Staat.

Wanneer het OCMW een “gedeeltelijke” tenlasteneming ingeeft, moet het één van de hieronder beschreven tekstvelden aanvullen.

* **De bijzondere voorwaarden** van de tussenkomt van het OCMW:

Elke dekking kan beperkt worden door bijzondere voorwaarden tot tenlasteneming, die ingevoerd worden in de vorm van vrije tekst.

* **De aangeduide verstrekker(s):**

Het OCMW kan vrij bepalen met welke zorgverstrekker(s) – artsen of ziekenhuizen geconventioneerd met het OCMW, ondernemingen voor medisch vervoer, prothesemakers – het wil samenwerken, terwijl het de keuzevrijheid van de patiënt inzake zorgverstrekkers blijft garanderen.

*Voor sommige dekkingen kan het dan ook een beperkende lijst van zorgverstrekkers opstellen waar de begunstigde zich kan melden om medische hulp te genieten. Het OCMW kan dus binnen een dekking de lijst van de RIZIV-nummers (voor de zorgverstrekkers) of KBO-nummers (voor de andere verstrekkers) invoeren. Deze identificatienummers zullen automatisch gecontroleerd worden en bijgevolg zullen enkel de facturen die opgesteld zijn door deze identificatienummers, de terugbetalingen kunnen genieten.*

#### De commentaren:

Commentaren zijn velden bestemd voor de zorgverstrekkers die worden ingevuld **door het OCMW** in de beslissing tot tenlasteneming van bepaalde medische kosten, die de grenzen van haar tussenkomst verduidelijken.

Er bestaan momenteel twee versies van commentaren volgens de stand van zaken van de applicatieve ontwikkeling van het OCMW en/of van de zorgverstrekker:

1. De vroegere versie waarin de commentaren bestaan uit eenvoudige tekstvelden waarin het OCMW informatie kan invoeren in de vorm van vrije tekst; deze informatie kan niet automatisch worden behandeld door de zorgverstrekker.
2. De nieuwe versie waarin de commentaren gestructureerde velden zijn met als doel het invoeren te vereenvoudigen en het geven van een gestructureerde vorm die hen explicieter en automatisch uitvoerbaar maakt voor de software van de zorgverstrekkers.

***Belangrijke opmerking:***

*Niet alle gedeelten van de beslissing tot tenlasteneming bevatten noodzakelijk commentaarvelden.*

#### De vroegere versie van de commentaren:

In de beslissing tot tenlasteneming MediPrima vonden we de volgende commentaarvelden terug:

1. **Beschrijving**: de voorwaarden die door het OCMW werden gekoppeld aan de tenlasteneming wanneer die had gemeld dat zij “gedeeltelijk” was,
2. **Supplementen**: de supplementen die het OCMW ten laste neemt/weigert ten laste te nemen kunnen hier worden beschreven.
3. Voor de gedeelten “hospitalisatie” en “ambulante zorgen” vinden we de volgende velden terug:
   1. **Geneesmiddelen**: de beschrijving van de geneesmiddelen die het OCMW ten laste/niet ten laste neemt naast de geneesmiddelen die terugbetaalbaar zijn door het RIZIV
   2. **Dienst**: de beschrijving van de dienst die de patiënt ten laste mag nemen.

***De informatie die het OCMW – bij een gedeeltelijke ten laste* *neming – in de tekstvelden in de elektronische beslissingen kan vermelden:***

*In de vrije tekstvelden kan het OCMW bijzondere terugbetalingsvoorwaarden opnemen. De informatie die wordt opgenomen moet echter duidelijk te interpreteren zijn voor de zorgverstrekkers, deze info kan immers niet op geautomatiseerde wijze worden behandeld.*

*Zo moet het voor de zorgverstrekker onmiddellijk duidelijk zijn wat hij kan factureren (voorbeeld een maximaal bedrag van het gedeelde ten laste van de patiënt, een percentage van de medicijnen categorie D, … dat aan het OCMW mag gefactureerd worden). Het betreft m.a.w. een aantal globale terugbetalingsplafonds op basis van maximumbedragen, percentages of forfaits.*

*In elk geval mag het OCMW geen beschrijving geven van pathologie. De bepalingen mogen enkel op het niveau van arts/diensten en medicatie.*

*Het OCMW mag echter nooit pathologiebeschrijvingen inbrengen. Het medisch geheim moet immers te allen tijde worden nageleefd.*

*Men kan enkel beperken tot artsen/diensten en medicijnen (voorbeeld beperken tot longspecialist, beperken tot bepaalde type medicijnen,…).*

*Deze bijzondere voorwaarden zijn raadpleegbaar door de zorgverstrekker. Wanneer een factuur die naar het OCMW wordt gestuurd niet overeenstemt met de gestelde voorwaarden, kan het OCMW deze weigeren te betalen.*

#### De nieuwe zones van gestructureerde commentaren:

Aangezien de commentaren in hun tekstvorm niet uitvoerbaar zijn door de software van de zorgverstrekkers worden zij voortaan vervangen door nieuwe zones van gestructureerde commentaren.

De nieuwe commentaren staan geen tekst, maar wel waarden toe (ja/neen), financiële bedragen of de keuze van een waarde in een lijst van parameters.

Momenteel zijn de commentaarvelden de volgende:

|  |  |
| --- | --- |
| **“Gestructureerde” commentaarvelden** | **Gebruik** |
| **Overeenkomst** | Werd er (ja/neen) een overeenkomst gesloten tussen de zorgverstrekker en het OCMW. De voorwaarden van de overeenkomst zijn van toepassing op de tenlasteneming van het OCMW. |
| **Voorschrift** | Verplichting van een voorschrift (ja/neen): het OCMW verbindt haar terugbetaling aan het bestaan van een medisch voorschrift. |
| **Tenlasteneming ZIV (bestaat reeds)** | Het OCMW neemt het gedeelte ZIV ten laste: niets, alles |
| **Tenlasteneming remgeld (bestaat reeds)** | Het OCMW neemt het remgeld ten laste: niets, gedeeltelijk, alles |
| **Maximumbedrag remgeld** | Het OCMW beperkt haar tenlasteneming van het remgeld tot een maximumbedrag. |
| **Tenlasteneming Supplementen (bestaat reeds)** | Het OCMW neemt de supplementen ten laste (prestatie niet erkend door het RIZIV en supplementen voor prestaties erkend door het RIZIV): niets, gedeeltelijk, alles |
| **Maximumbedrag Supplementen** | Het OICMW beperkt haar tenlasteneming van de supplementen tot een maximumbedrag. |
| **Supplementen** | Beschrijving van de soorten supplementen die het OCMW ten laste neemt onder de prestaties of die niet erkend zijn door het RIZIV of de niet-terugbetaalde bedragen (zie verder): lijst van geneesmiddelen, lijsten van andere supplementen |

***De commentaarvelden mogen niet worden gebruikt wanneer het OCMW een gedeeltelijke tenlasteneming heeft gekozen.***

***Zij kunnen worden bepaald voor elk gedeelte zorg, onafhankelijk van elkaar.***

##### Overeenkomst

Het OCMW meldt of het een bijzondere overeenkomst heeft gesloten met de zorgverstrekker of niet.

De andere voorwaarden die door het OCMW worden gekoppeld aan de tenlasteneming zijn van toepassing op de ziekenhuizen die de overeenkomst niet hebben ondertekend.

Optie: enkel mogelijk voor de dekking hospitalisatie en ambulante zorgen.

Deze beperking kan worden toegepast op de tenlasteneming remgeld en/of supplementen.

##### Medisch voorschrift

Het OCMW legt het opstellen van een medisch voorschrift op als voorwaarde voor de terugbetaling van de medische prestaties.

Optie: enkel mogelijk voor de dekking hospitalisatie en ambulante zorgen.

Deze beperking kan worden toegepast op de tenlasteneming remgeld en/of supplementen.

##### Tenlasteneming gedeelte ZIV

Het OCMW neemt het gedeelte ZIV ten laste wanneer dit niet gedekt wordt door een andere betrokkene.

##### Remgeld

Tenlasteneming van het remgeld

Het OCMW neemt het remgeld van de patiënt ten laste wanneer dit niet gedekt wordt door de andere betrokkenen (POD MI, ZIV). Wanneer het OCMW een gedeeltelijke tenlasteneming meldt, moet het aanduiden welke beperkingen het OCMW toepast (maximumbedrag, bestaan van een overeenkomst of indien een voorschrift nodig is).

**Maximumbedrag van het remgeld**

Het OCMW mag haar tussenkomst ook beperken tot een maximumbedrag.

Dit bedrag moet als volgt geïnterpreteerd worden:

* Voor de gedeelten hospitalisatie en ambulante zorgen: als een maximumbedrag per hospitalisatie en per maand.

##### Supplementen

Onder supplementen wordt verstaan, zowel supplementen voor de prestaties die gedeeltelijke ten laste worden genomen door het RIZIV (bijv. Supplementen voor raadpleging) als supplementen voor prestaties die nooit ten laste worden genomen door het RIZIV (bijv. comfortkosten).

De supplementen kunnen betrekking hebben op zowel geneesmiddelen, als op medische prestaties.

De supplementen worden nooit ten laste genomen door de POD, maar mogen wel ten laste worden genomen door het OCMW. Indien het OCMW een gedeeltelijke tenlasteneming van de supplementen vermeldt, moet het aanduiden welke beperkingen het toepast (maximumbedrag, soorten supplement, bestaan van een overeenkomst of indien een voorschrift nodig is).

**Maximumbedrag supplement**

De terugbetaling van de supplementen kan beperkt worden tot een maximumbedrag.

Deze informatie wordt potentieel gekoppeld aan elk supplement dat wordt ingevoerd.

***Opmerking:***

Dit bedrag moet als volgt geïnterpreteerd worden:

* Voor de gedeelten hospitalisatie en ambulante zorgen: als een maximumbedrag per hospitalisatie en per maand.

**Lijst van de supplementen (categorieën):**

#### Lijst van de supplementen (categorieën):

De lijst van de toegelaten supplementen kan worden teruggevonden in het document “PSEUDOCODES”.

**Opgelet: er bestaat een verschillende lijst per soort dekking (Hospitalisatie/ambulante zorgen).**

### De beslissing tot tenlasteneming wordt geregistreerd

Nadat het OCMW overgegaan is tot een beslissing tot tenlasteneming, moet deze beslissing opgeslagen worden i het centraal systeem van de beslissingen MediPrima.

* Aanmaak van de elektronische beslissing

Het systeem zal de elektronische beslissing opslaan met de tenlastenemingspercentages van de POD MI door het toe kennen van:

* **Een beslissings- en een versienummer**:

Het beslissingsnummer is een **uniek** nummer dat automatisch wordt toegekend bij de aanmaak van een elektronische beslissing. Dit nummer zal niet meer wijzigen, ongeacht de updates die worden uitgevoerd in deze beslissing.

Bij elke elektronische beslissing wordt eveneens een uniek versienummer toegekend. Bij de aanmaak van een beslissing is dit nummer gelijk aan 1. Bij elke wijziging van de beslissing stijgt dit versienummer. Zo kunnen de verschillende versies van een elektronische beslissing makkelijker worden geïdentificeerd.

* **De aanmaakdatum** van de beslissing door het OCMW (Dit gegeven wordt automatisch toegekend door het systeem);
* **De auteur** van de aanmaak of de wijziging;
* **Het vakje DMH ja/neen**

***Opgelet:*** *het vakje DMH* ***kan niet*** *door het OCMW worden ingevuld. Deze informatie wordt verstrekt door de POD MI in functie van het statuut van de persoon, bij de registratie van een elektronische beslissing.*

*Wanneer de teruggezonden informatie fout is, is er waarschijnlijk een tegenstrijdigheid tussen de informatie van de POD MI en die van het OCMW in verband met het statuut van de persoon. De informatie kan, indien nodig, worden aangepast in de databank POD MI, op vraag van het OCMW die gestuurd wordt naar* [*vraag@mi-is.be*](mailto:question@mi-is.be) *– tel: 02 508 85 85.*

* **Het geslacht** van de persoon is noodzakelijk, opdat de HZIV de medische zorgen kan terugbetalen voor rekening van de POD MI: sommige prestaties hangen immers van dit gegeven af.

*Deze informatie is echter niet altijd voorhanden: want, hoewel voor alle personen die gekend zijn in het bevolkingsregister de code geslacht verplicht is, is het toch mogelijk om een BIS-nummer aan te maken zonder deze te vermelden.*

*Om de weigeringen tot terugbetaling van de HZIV te vermijden, moest de informatie verplicht gemaakt worden bij de aanmaak of bij de wijziging van een beslissing tot tenlasteneming.*

*Voortaan moet het OCMW dus, bij het aanmaken van een beslissing, absoluut het gegeven geslacht toevoegen in het BIS-register, indien dit nog niet gebeurd is. Dit zal zo worden meegedeeld door de KSZ in de toepassing MediPrima. Indien de code geslacht ontbreekt, zal de aanmaak van de beslissing geweigerd worden.*

***Bijzonder geval:*** *indien het OCMW een oud dossier wijzigt, dat werd aangemaakt vóór de invoering van de controle en waar de code geslacht ontbreekt, moet het OCMW contact opnemen met de Helpdesk OCMW’s om de beslissing in MediPrima te laten wijzigen (*[*ocmw.cpas@smals.be*](mailto:ocmw.cpas@smals.be) *tel. : 02/787.58.28).*

* Vervolgens integreert de KSZ de begunstigde in de sector van de maatschappelijke dienstverlening[[16]](#footnote-16).

## Moeilijkheden die de OCMW’s vaak ervaren

**Wijziging van statuut van de begunstigde tijdens de geldigheidsperiode van de beslissing:**

Wanneer het OCMW een beslissing tot tenlasteneming aanmaakt, ontvangt het een blokkerende verwittiging wanneer het een beslissing tracht in te voeren voor een periode waarin de begunstigde van statuut wijzigt.

***Bijvoorbeeld****: tijdens de periode van de gevraagde dekking gaat de begunstigde over van illegaal naar legaal.* Het OCMW ontvangt dan een foutmelding die wordt aangevuld met belangrijke informatie voor het OCMW: de datum van wijziging van situatie van de persoon.

Zo kan het OCMW een beslissing aanmaken tot die datum.

**Het OCMW maakt een nieuwe beslissing aan voor de periode van 01/02/2014 tot 30/04/2014, maar ontvangt systematisch het volgende bericht: "de begindatum van de dekking {0} valt vóór de dagdatum, je kan deze datum dus niet meer verhogen, maar enkel verlegen om de rechten van de begunstigde niet te beperken."**

Je krijgt deze foutmelding omdat je niet in mode ‘aanmaak’ staat, maar wel in mode ‘wijziging’. Het verzoekt dat je hebt verstuurd, wijzigt immer de beslissing met het nummer 00000XXXXXXX en dis is geldig voor de periode van 01/11/2013 tot 31/01/2014.

Het is niet toegelaten om de rechten in het verleden te beperken. Door de begindatum te wijzigen naar 01/02/2014 verminder je de rechten.

Twee mogelijkheden:

1. ofwel sta je in mode ‘wijziging’: je moet de datum van 01/11/2013 laten staan als begindatum en de datum van 30/04/2014 vermelden als einddatum. Je blijft dus in dezelfde elektronische beslissing, maar je verlengt ze, door een nieuwe versie aan te maken met een grotere geldigheidsperiode.

2. ofwel ga je naar mode ‘aanmaak’ en maak je een geheel nieuwe beslissing aan voor de periode van 01/02/2014 tot 30/04/2014. Je zal dan merken dat je een nieuwe beslissingsnummer ontvangt.

**Het OCMW wenst een dekking toe te voegen aan de beslissing 00000XXXXXXX, maar ontvangt de volgende melding: “Er is reeds een beslissing tot medische tenlasteneming actief voor deze begunstigde binnen uw OCMW. Gelieve de bestaande beslissing te wijzigen. Er kan immers niet meer dan een beslissing tegelijkertijd actief zijn voor eenzelfde begunstigde.”**

Je ontvangt deze foutmelding, omdat je niet in mode ‘wijziging’ bent, maar wel in mode ‘aanmaak’. Het is immers niet toegelaten om twee beslissingen aan te maken voor dezelfde persoon en dezelfde periode.

Om een dekking toe te voegen aan beslissing 00000XXXXXXX moet de laatste versie van deze beslissing worden gewijzigd en tijdens deze wijziging moet de gewenste dekking worden toegevoegd.

**Een persoon heeft recht op een dekking in MediPrima, maar het OCMW kan deze niet ingeven**

De FrontOffice van de POD MI kan voortaan, onder voorbehoud van een bewijs dat steunt op elementen met een sluitend bewijs, vragen ingeven tot terugbetaling van medische ziekenhuiskosten via een formulier D2 voor de begunstigden die nochtans een beslissing tot tenlasteneming MediPrima hebben.

De OCMW’s zullen deze aanvragen uitzonderlijk kunnen ingeven via de Front Office van de POD MI in duidelijk en strikt beperkte gevallen.

***Voorbeeld:*** *een persoon ontvangt een verblijfsrecht en kan verzekerd worden bij een ziekenfonds met terugwerkend kracht gedurende 3 maanden. Gedurende deze periode neemt de POD MI het gedeelte patiënt ten laste – aangezien het gedeelte ZIV wordt betaald door het ziekenfonds. In dit geval kan het OCMW aan de Front Office de terugbetaling vragen van het gedeelte patiënt van de facturen.*

## Afdruk van een “Informatieformulier betreffende medische hulp” door het OCMW

Om toegang te krijgen tot de gegevens van de elektronische beslissing tot tenlasteneming moeten het OCMW en de zorgvestrekker het INSZ-nummer van de begunstigde ingeven (zie: “Het OCMW raadpleegt de beslissingen tot tenlasteneming”).

Sommige begunstigden beschikken echter niet over een identiteitsdocument (en het bijhorende INSZ-nummer). Het gaat hier om een bevolking die grotendeels is samengesteld uit personen met het statuut van “illegaal”. Het OCMW kan dan een papieren document afleveren; het informatieformulier betreffende medische hulp (zie bijlage).

**Dit formulier verleent de houder geen enkel recht en maakt geenszins een attest tot tenlasteneming door het OCMW uit.** Het informatieformulier zorgt er wel voor dat de begunstigde de correcte informatie kan bezorgen aan de zorgverstrekker. De informatie op dit formulier (o.a. het INSZ-nummer van de begunstigde) maakt het voor de zorgverstrekker mogelijk om toegang te hebben tot de beslissing in het gecentraliseerde systeem MediPrima.

Het OCMW levert minimum één formulier per volwassene af (meerderjarige of ontvoogde persoon) met eventuele vermelding van andere bijkomende begunstigden, d.w.z. niet ontvoogde minderjarigen (maar opgelet: er is steeds een “elektronische” beslissing tot tenlasteneming per persoon). Het OCMW kan eveneens een informatieformulier bezorgen in verband met de aparte medische hulp voor een minderjarig kind, maar in dat geval moet de foto van het kind worden aangebracht.

Wanneer een persoon van INSZ wijzigt, moet het OCMW een nieuw informatieformulier in verband met de medische hulp bezorgen, behalve natuurlijk wanneer de persoon reeds over andere officiële documenten beschikt waarop zijn nieuwe INSZ voorkomt.

Een officiële template van het formulier wordt afgeleverd [op de website van de POD MI](https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/informatieformulier_met_betrekking_tot_de_medische_hulp.xlsx). Deze template bevat volgende informatie:

* Voor de begunstigde:
* De foto;
* Het INSZ-nummer (of Bis-nummer);
* De naam en voornamen;
* Het geslacht en geboortedatum:

Deze informatie helpt bij de identificatie van de persoon.

* Voor elke persoon ten laste:
* Het INSZ (bis);
* De naam en voornamen;
* Het geslacht en de geboortedatum.

## Het OCMW maakt haar beslissing kenbaar aan de administratie (de POD MI)

De hervorming van de terugbetaling van de medische kosten zal in fasen verlopen. Het OCMW zal dan in sommige gevallen zijn beslissingen tot tenlasteneming moeten indienen bij de POD MI in de vorm van formulieren A en B1/2 van de Wet 65 (wet 2/4/1965)[[17]](#footnote-17).

* Formulier A (zie bijlage):

Dit formulier bevat de identificatie van de persoon en van zijn familie.

* Formulier B1/2 (zie bijlage):

Dit formulier bevat de beslissingen omtrent de toegekende hulp - waaronder de hulp voor gezondheidszorg.

Voor de verpleeginstellingen (buiten 710 en 720) die geen deel uitmaken van de eerste fase MediPrima, dient de klassieke procedure gevolgd te worden.

De eerste fase heeft enkel betrekking op de “niet verzekerde” **én** niet verzekerbare personen. Voor de zorgen verstrekt in een ziekenhuis moet het OCMW in deze fase de nodige informatie en formulieren bezorgen aan de POD MI:

* Voor “niet verzekerde” en “niet verzekerbare” personen:

De formulieren A en de informatie in verband met de tenlasteneming van de medische hulp **buiten** het ziekenhuis (formulieren B1).

Het OCMW zal daarentegen, de formulieren B2, die betrekking hebben op de kosten voor intramurale zorgen (**binnen** het ziekenhuis), niet meer invullen. Deze worden nu opgenomen in MediPrima.

* Voor de andere personen:

Alle formulieren (A, B1 en B2)

Om de terugbetaling te bekomen van het gedeelte van de prestaties die ten laste zijn genomen door de Federale overheid (vertegenwoordigd door de POD MI), maar die geen deel uitmaken van de prestaties die voorzien werden in het kader van MediPrima, moet het OCMW haar beslissing tot tussenkomst meedelen aan de POD MI en met respect van de opgelegde tijd via wet 2/4/65 (art. 9 en 12).

## Het OCMW neemt een nieuwe beslissing

Het OCMW kan op elk moment een nieuwe beslissing tot tenlasteneming nemen voor een hulpvrager. Het OCMW kan deze aanpassing doorvoeren naar aanleiding van de wijziging van zijn toestand (wijziging van statuut, van verzekerbaarheid …) of om nieuwe medische noden in aanmerking te nemen.

Het OCMW kan zijn beslissing immers herzien en andere rechten toekennen aan de hulpvrager door opeenvolgende updates. Hierdoor kan de lokale praktijk van opeenvolgende waarborgen, die per tussenkomst worden afgeleverd om de medische overconsumptie te vermijden, behouden blijven.

Deze wijzigingen kunnen het voorwerp uitmaken van een nieuwe beslissing of van een wijziging van de bestaande beslissing.

Het OCMW kan ook het voordeel van de medische hulp volledig stopzetten – bijvoorbeeld wanneer het niet langer bevoegd is – en de beslissing tot tenlasteneming stopzetten.

Wanneer de (verblijf)situatie van een persoon wijzigt waardoor deze verzekerbaar wordt, moet het OCMW het nodige doen om deze persoon aan te sluiten bij een mutualiteit.

Hierbij wordt evenwel een overgangsperiode van 3 maanden getolereerd waarin de OCMW’s de tijd krijgen om de betreffende persoon aan te sluiten bij een mutualiteit. In deze periode blijft de persoon in MediPrima én worden de gemaakte medische kosten vergoed door de POD MI. Deze periode kan in een aantal gevallen verlengd worden, het OCMW dient dan wel te bewijzen dat de aansluiting om gegronde reden meer tijd in beslag nam.

De betrokken persoon blijft echter in MediPrima tot op het moment dat hij is verzekerd. Van zodra de persoon is aangesloten bij een mutualiteit, dient de beslissing in de gegevensbank MediPrima stopgezet te worden.

Wanneer een persoon retroactief werd aangesloten moet het OCMW ook niets ondernemen om eventuele kosten terug te vorderen die reeds door de Staat werden ten laste genomen voor de betreffende periode. De POD Maatschappelijke Integratie en het RIZIV hebben hiervoor een specifieke forfaitaire procedure uitgewerkt.

## Het OCMW wijzigt de bestaande elektronische beslissing

Wijzigingen doorvoeren in een elektronische beslissing, of deze beslissing stopzetten, kan uitsluitend door het beherend OCMW, dat de elektronische medische tenlasteneming heeft aangemaakt in het systeem MediPrima.

De belangrijkste voorwaarde voor elke wijziging van een tenlasteneming in het systeem MediPrima is dat zij de rechten van de begunstigde in het verleden (en de dag zelf) niet vermindert.

Bij het aanpassen van een beslissing (aanvinken bepaalde luiken, verlengen periodes, …) is er normaal gezien geen nieuwe controle meer op de 45-dagen termijn.

De enige uitzondering hierop is wanneer men binnen een bepaald luik (voorbeeld ambulante zorgen) twee verschillende datums of periodes wil inbrengen die niet aaneensluiten. Om technische reden is dit niet haalbaar. Het OCMW zal dus hier een nieuwe elektronische beslissing moeten inbrengen. Bij het inbrengen van deze beslissing zal niet enkel de controle op 45-termijn opnieuw gebeuren, maar moet het OCMW er tevens op letten dat ook alle andere actieve luiken opnieuw worden overgenomen. Indien dit alles voortvloeit uit eenzelfde beslissing, kan de beslissingsdatum in de elektronische beslissing wel dezelfde blijven.

Het systeem MediPrima werd ontworpen om de zorgverstrekkers een terugbetalingswaarborg aan te bieden. Een beslissing kan dus niet met terugwerkende kracht gewijzigd worden door de terugbetalingsrechten te verminderen.

Een retroactieve wijziging die een verhoging van de dekking tot gevolg heeft, kan betrekking hebben over de hele geldigheidsperiode van de beslissing.

Het OCMW kan nieuwe rechten toekennen met terugwerkende kracht.

Het is mogelijk dat een zorgverstrekker de beslissing tot medische tenlasteneming raadpleegt tussen het aanmaken of het wijzigen van deze beslissing en de invoering van de gewijzigde rechten.

Als een zorgverstrekker een verbintenisnummer heeft ontvangen, blijft dit nummer ook nog steeds geldig tijdens een geldigheidsperiode van 1 maand, voor zover de beslissing minstens één maand geldig is. De factuur van de zorgverstrekker zal door de HZIV moeten betaald worden.

Tijdens de wijziging wordt het tegemoetkomingspercentage van de POD MI opnieuw berekend met de bijgewerkte gegevens van de registers en van de verzekerbaarheid, zoals tijdens de aanmaak van een nieuwe beslissing.

Elke wijziging wordt gearchiveerd in het systeem MediPrima: de oude toestand wordt bewaard en is toegankelijk voor consultatie met een begin-, aanmaak-, eind- en wijzigingsdatum. Zo kan men steeds de staat van een beslissing in het verleden terugvinden.

***Wanneer de rechten op een elektronische beslissing worden uitgebreid,*** *kunnen zij rechtstreeks worden geraadpleegd door alle betrokken partijen.*

***Wanneer de rechten op een elektronische beslissing worden ingeperkt of stopgezet,*** *zal enkel het OCMW dat de beslissing neemt deze inperking direct zien. Voor alle andere betrokkenen is dit pas de volgende dag.*

### In welke gevallen kan het OCMW een beslissing updaten.

Het OCMW zal de inhoud van een beslissing tot medische tenlasteneming enkel updaten wanneer de wijziging betrekking heeft op de voorwaarden van deze beslissing (categorie van de zorgen, de dekkingsperiode, de percentages...).

Concreet worden de volgende wijzigingen toegestaan:

* Wijzigingen i.v.m. de tenlasteneming:
  + - * De geldigheidsperiode van een tenlasteneming verlengen: recentere begindatum, latere einddatum
  + De geldigheidsperiode van de beslissing verminderen, voor zover de periode in de toekomst ligt: latere begindatum, einddatum die dichterbij ligt.
    - * De beslissingsdatum van het OCMW wijzigen.
      * De indicator “gerechtelijke beslissing” wijzigen.
      * De tenlasteneming door het OCMW wijzigen.
* Wijzigingen i.v.m. de dekking
  + - * Een of meerdere dekkingen toevoegen.
      * De geldigheidsperiode verhogen van een dekking: oudere begindatum, latere einddatum.
      * De geldigheidsperiode van een dekking verminderen wanneer deze periode in de toekomst ligt: latere begindatum, vroegere einddatum.
      * Een dekking stopzetten (zie lager).
      * Beperkingen wijzigen.
* Wijzigingen i.v.m. de verstrekkers
* De lijst van de toegelaten verstrekkers schrappen: Alle verstrekkers van deze discipline toestaan om zorgen te verstrekken in het kader van deze dekking.
* Verstrekkers toevoegen aan een reeds bestaande lijst.
* Een lijst van toegelaten verstrekkers toevoegen, als er nog geen waren. Dit kan enkel met een startdatum in de toekomst.
* Een verstrekker schrappen uit een lijst van toegelaten verstrekkers. Dit kan enkel wanneer de beslissing start vanaf de dag nadien.
* Algemene wijzigingen
* Wijziging van het element dat aangeeft dat de betrokkene beschikt over inkomsten die minimum gelijk zijn aan het leefloon. De element zal een impact hebben op het tegemoetkomingspercentage van de POD MI en eventueel de tenlasteneming door het OCMW.
* De tekstvelden wijzigen.
* De beslissingsdata wijzigen.

***Opmerking:*** *de door een elektronische beslissing toegekende rechten mogen worden uitgebreid, zelfs wanneer deze beslissing niet meer actief is. Eigenlijk is het mogelijk dat aan het bevoegde OCMW een dekking wordt gevraagd na de geldigheidsperiode van de elektronische beslissing.*

### Wanneer moet een nieuwe elektronische beslissing tot tenlasteneming aangemaakt worden?

Het OCMW zal een nieuwe elektronische beslissing moeten aanmaken in de volgende gevallen:

* In het kader van de medische hulp moet elke tenlasteneming na een jaar opnieuw onderzocht worden door het OCMW. Na dit onderzoek moet er een nieuwe verlenging verleend worden door het OCMW.
* Wanneer het buitenlanders betreft die illegaal verblijven en onderhevig zijn aan DMH, moet elke beslissing tot tenlasteneming na 3 maanden (92 dagen) opnieuw onderzocht worden. Na dit onderzoek kan er een nieuwe verlenging verleend worden door het OCMW.
* Wanneer het OCMW een beslissing wenst te nemen die leidt tot een vermindering van de rechten van de begunstigde, moet het de beslissing stopzetten. Daarna moet het OCMW een nieuwe beslissing aanmaken met de nieuwe beperkingen die het wenst in te voeren.

## Het OCMW zet de beslissing stop/annuleert

Het stopzetten van een beslissing tot tenlasteneming - om gelijk welke reden - maakt integraal deel uit van het wijzigingsproces van de beslissing.

* Enkel het OCMW dat de beslissing tot tenlasteneming van de medische zorgen heeft aangemaakt, is gemachtigd om ze stop te zetten.
* In het geval van een volledige stopzetting van een **beslissing** komt de effectieve einddatum overeen met de **dag van de stopzetting.**
* In het geval van een stopzetting van een **dekking van een zorgcategorie** komt de effectieve einddatum overeen met de **dag van de stopzetting.**
* Het is niet mogelijk om een dekking die reeds werd toegekend (in het verleden of de dag zelf) af te schaffen, maar het is natuurlijk wel mogelijk om een beslissing tot tenlasteneming in de toekomst te annuleren (zie 4.5.).
* Het is niet mogelijk om een elektronische beslissing af te schaffen of te beëindigen met terugwerkende kracht. Enkel in het geval van een mutatie kan een beslissing met terugwerkende kracht stopgezet worden.
* Elke stopgezette beslissing tot tenlasteneming en elke versie van deze beslissing wordt bewaard in de databank MediPrima, evenals elke wijziging.

### Een beslissing stopzetten

Een beslissing die werd stopgezet[[18]](#footnote-18) - of vervallen is - mag niet meer opnieuw in omloop worden gebracht: dit zou een onzekerheid creëren in verband met het statuut ervan voor de andere partners van dit project, zorgverstrekkers of patiënten.

### Een beslissing en/of een dekking annuleren

Beslissingen die volledig in de toekomst liggen kunnen door het beherende OCMW geannuleerd worden.

Indien de beslissing reeds begonnen is maar de dekkingen volledig in de toekomst liggen, zal de beslissing niet geannuleerd kunnen worden maar wel de dekkingen.

### Een beslissing geschorst door de POD MI

In sommige gevallen kan de POD MI rechtstreeks tussenkomen in de elektronische beslissing om ze te “schorsen”, dit wil zeggen het tijdelijk stopzetten van een beslissing tot tenlasteneming. De kaart blijft geschorst totdat het OCMW geen nieuwe beslissing genomen heeft.

Deze actie maakt deel uit van de automatische behandelingen van de mutaties die de POD MI ontvangt van zijn gegevensleveranciers (Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, Rijksregister, Dienst Vreemdelingenzaken, ziekenfondsen (via het NIC)).

## De mutaties MediPrima

De POD MI schorst, bij een mutatie die het statuut van de persoon wijzigt en het terugbetalingspercentage beïnvloedt, de waarborg voor de medische beslissing (bv Wanneer een illegaal legaal wordt, wordt hij verzekerbaar in ZIV ).

De gebeurtenissen die behandeld worden in het kader van MediPrima zijn:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gebeurtenis** | **Bron van de gegevens** | **Impact op MediPrima** |
| Naam/voornaam | Rijksregister – TI010 | Aanpassing van de gegevens |
| Geboortedatum | Rijksregister – TI000 en TI100 | Aanpassing van de gegevens |
| Geslacht | Rijksregister – TI000 | Aanpassing van de gegevens |
| INSZ | Rijksregister – TI000 | Aanpassing van de gegevens; indien twee of meerdere beslissingen elkaar overlappen, ten gevolge van de wijziging, worden de betrokken beslissingen geschorst |
| Inschrijvingsregister/register van de geschrapte | Rijksregister/KSZ – TI001 | Indien wijziging van de refundcode, schorsing van de beslissing(en) |
| Adres | Rijksregister – TI020 | De adreswijzigingen worden niet behandeld door MediPrima |
| Overlijden van de persoon | Rijksregister – TI150 | De beslissingen waarvan de einddatum zich na het overlijden bevindt, worden geschorst. |
| Verzekerbaarheid[[19]](#footnote-19) | NIC | Indien wijziging van de refundcode, schorsing van de beslissing(en) |
| Asielaanvraag | Rijksregister – TI206 | Indien wijziging van de refundcode, schorsing van de beslissing(en) |
| Verblijfsvergunning | Rijksregister – TI195 en 202 | Indien wijziging van de refundcode, schorsing van de beslissing(en) |
| Nationaliteit | Rijksregister – TI031 | Indien wijziging van de refundcode, schorsing van de beslissing(en) |
| Opvangcentrum | Rijksregister TI207 | Indien wijziging van de refundcode, schorsing van de beslissing(en) |

Als een beslissing geschorst is, kunnen de zorgverstrekkers de inhoud van de beslissing niet zien. Ze kunnen enkel de contactgegevens van het bevoegde OCMW raadplegen.

MediPrima deelt het OCMW de schorsing mee van de elektronische beslissing door het versturen van een mutatie.

Dit geeft het OCMW de mogelijkheid om het dossier opnieuw te onderzoeken en een nieuwe beslissing te nemen en deze mee te delen. Het is belangrijk om de schorsing zo vlug mogelijk op te heffen door de kaart aan te passen.

### Soorten mutaties

We onderscheiden vijf verschillende soorten mutaties die door MediPrima aangemaakt worden:

* De mutaties ten gevolge van een kleine verandering in de kenmerkende gegevens van de persoon (naam, voornaam)
* De mutaties ten gevolge van een grote verandering in de kenmerkende gegevens van de persoon (geslacht, geboortedatum)
* De mutaties ten gevolge van een wijziging van INSZ[[20]](#footnote-20)[[21]](#footnote-21)
* De mutaties ten gevolge van een verandering van refundcode (terugbetalingspercentages)
* De mutaties ten gevolge van het overlijden van een persoon

**Let wel,** de mutaties betreffende adreswijzigingen worden niet behandeld door MediPrima.

### De gevolgen van een mutatie

#### De gevolgen van een mutatie ten gevolge van een kleine verandering in de kenmerkende gegevens van een persoon (naam, voornaam)

Als MediPrima een mutatie ontvangt ten gevolge van een kleine verandering in de kenmerkende gegevens van de persoon ( naam, voornaam), past het systeem de gegevens van de persoon zelf aan en brengt het OCMW op de hoogte van de wijziging.

***Let op:*** *Het systeem verandert de gegevens van de persoon in de historiek van de versies enkel voor lopende beslissingen en beslissingen in de toekomst (actieve en geschorste beslissingen). Een nieuwe versie wordt toegevoegd aan de historiek van deze beslissingen.*

Voor de beslissingen die zich in het verleden bevinden (actieve of geschorste) maakt MediPrima geen nieuwe versie aan in de historiek. Om de gegevens ook in de historiek van deze beslissingen aan te passen, dient het OCMW deze beslissingen te wijzigen.

***Let wel:*** *Enkel indien MediPrima een nieuwe versie van de beslissing aanmaakt, zal er een notificatie naar het OCMW verstuurd worden. Voor een beslissing in het verleden, zal MediPrima dus geen notificatie verzenden.*

#### De gevolgen van een mutatie ten gevolge van een grote verandering in de kenmerkende gegevens van een persoon (geslacht, geboortedatum)

Als MediPrima een mutatie ontvangt ten gevolge van een grote verandering in de kenmerkende gegevens van de persoon ( geslacht, geboortedatum), past het systeem de gegevens van de persoon aan en brengt het OCMW op de hoogte van de wijziging.

In deze gevallen voegt MediPrima een nieuwe versie met het nieuwe gegeven aan alle betrokken beslissingen toe (actieve en geschorste beslissingen; in het verleden, in het heden en in de toekomst).

#### De gevolgen van een mutatie ten gevolge van een wijziging van INSZ/Bis-nummer

Als MediPrima een mutatie ontvangt betreffende een wijziging van INSZ (fusie van INSZ, wijziging van Bis-nummer en RR- nummer, enz.), vervangt het systeem het oude nummer door het nieuwe nummer in alle betrokken beslissingen (met andere woorden alle actieve en geschorste beslissingen in het verleden, het heden en de toekomst) en brengt het OCMW hiervan op de hoogte.

Indien verschillende beslissingen, door deze wijziging, elkaar overlappen, zullen de overlappende beslissingen geschorst worden.

#### De gevolgen van een mutatie ten gevolge van een verandering van refundcode

Wanneer MediPrima een mutatie ontvangt die wijst op een verandering van refundcode[[22]](#footnote-22) (terugbetalingspercentages), zal het systeem de betrokken beslissingen schorsen (alle actieve en geschorste beslissingen in het heden of in de toekomst) en het OCMW verwittigen.

#### De gevolgen van een mutatie ten gevolge van het overlijden van de persoon

Wanneer MediPrima een mutatie ontvangt betreffende het overlijden van de persoon, zal het systeem de betrokken beslissingen schorsen (alle actieve en geschorste beslissingen in het heden of in de toekomst) als de einddatum van de beslissingen zich na het overlijden bevindt en brengt het OCMW hiervan op de hoogte.

### Mogelijke handelingen na een schorsing

Afhankelijk van de oorzaak van de schorsing, zal het OCMW de beslissing hetzij kunnen reactiveren [modifyCarmed(Activate)], hetzij met terugwerkende kracht kunnen stopzetten [stopCarmed].

Een geschorste beslissing kan uiteraard ook geannuleerd worden [closeCarmed] indien ze zich volledig in de toekomst bevindt. In bepaalde gevallen kan een beslissing retroactief worden stopgezet tot op de dag van de mutatie.

***Let wel:*** *Een geschorste beslissing kan in geen enkel geval gewijzigd worden (modifyCarmed).*

Indien de geschorste beslissing weer “actief” geworden is ten gevolge van een reactivering of een stopzetting met terugwerkende kracht, kan deze wel weer gewijzigd worden.

#### Mogelijke handelingen na een schorsing ten gevolge van een overlapping

Wanneer twee of meerdere beslissingen geschorst zijn ten gevolge van een overlapping, hebben de betrokken OCMW’s de mogelijkheid om de geschorste beslissingen te reactiveren.

Bij het reactiveren van een beslissing, laat het OCMW een beslissing met het statuut “Geschorst” overgaan naar het statuut “Actief”. Bij de reactivering van een beslissing is het niet mogelijk om de inhoud van de beslissing te wijzigen. Enkel de geldigheidsperiodes kunnen, in wel bepaalde gevallen, gewijzigd worden.

***Let op:*** *Voor de beslissing die als eerste gereactiveerd wordt, zal het OCMW de geldigheidsperiode niet kunnen verminderen en zal aan de bestaande voorwaarden moeten voldaan worden (geen vermindering van de rechten in het verleden).*

Voor de beslissingen die nadien worden gereactiveerd, zal het OCMW de geldigheidsperiode kunnen verminderen of verlengen voor zover er een actieve beslissing bestaat die de periode voor of na de geschorste beslissing dekt en dit om de overlappingen weg te werken.

Voor de geschorste beslissingen (in het heden of in het verleden) mag er geen ‘niet-gedekte’ periode ontstaan na het reactiveren van de geschorste beslissingen indien er geen ‘niet gedekte’ periode bestond in de overlappende beslissingen.

#### Mogelijke handelingen ten gevolge van een schorsing door wijziging van refundcode

Wanneer een beslissing geschorst wordt ten gevolge van een wijziging van refundcode, heeft het OCMW de mogelijkheid om de geschorste beslissing met terugwerkende kracht stop te zetten en een nieuwe beslissing aan te maken met de nieuwe refundcodes.

***Let op:*** *Het stopzetten met terugwerkende kracht is slechts mogelijk op datum schorsing-1. De datum van schorsing zal, uiteraard, meegedeeld worden in de notificatie van de schorsing die verstuurd wordt naar het OCMW. De creatie van een nieuwe beslissing is mogelijk vanaf de dag van de schorsing.*

De geschorste beslissing, die gestopt moet worden, zal nog de oude refundcodes bevatten. De nieuwe beslissing die aangemaakt wordt door het OCMW, zal de nieuwe refundcodes bevatten.

***Let wel,*** *voor een beslissing die met terugwerkende kracht werd stopgezet, is het niet meer mogelijk om de einddatum van de geldigheidsperiode te verlengen.*

Indien de schorsing plaatsvindt voor de begindatum van de beslissing, is het aangeraden om de annulering voorrang te geven. Als het OCMW toch liever de beslissing stopzet, zal als einddatum de begindatum van de geldigheidsperiode moeten ingevoerd worden (resultaat: actieve beslissing van één dag).

#### Mogelijke handelingen ten gevolge van een schorsing wegens overlijden van de persoon.

Wanneer een beslissing geschorst wordt ten gevolge van het overlijden van de persoon, heeft het OCMW de mogelijkheid om de geschorste beslissing met terugwerkende kracht stop te zetten (indien de datum van overlijden zich voor de einddatum van de beslissing bevindt).

***Let op:*** *Het stopzetten met terugwerkende kracht is slechts mogelijk op datum schorsing-1. De datum van schorsing zal, uiteraard, meegedeeld worden in de notificatie van de schorsing die verstuurd wordt naar het OCMW.*

Let wel, voor een beslissing die met terugwerkende kracht werd stopgezet, is het niet meer mogelijk om de einddatum van de geldigheidsperiode te verlengen.

Indien de schorsing plaats vindt voor de begindatum van de beslissing, is het aangeraden om de annulering voorrang te geven. Als het OCMW toch liever de beslissing stopzet, zal als einddatum de begindatum van de geldigheidsperiode moeten ingevoerd worden (resultaat: beslissing van één dag).

### Mogelijke handelingen bij meervoudige mutaties

Het is uiteraard mogelijk dat verschillende mutaties verzonden worden voor eenzelfde persoon en eenzelfde beslissing.

Wij kunnen twee verschillende situaties onderscheiden:

1. Mutaties van eenzelfde soort
2. Mutaties van verschillende soorten

#### Meervoudige mutaties van dezelfde soort

##### Schorsingen ten gevolge van wijzigingen van INSZ die een overlapping veroorzaken

In geval van meervoudige mutaties ten gevolge van opeenvolgende wijzigingen van INSZ, zullen de verschillende mutaties in één keer behandeld worden bij de reactivering van de geschorste beslissing. Het laatst gekende INSZ zal meegedeeld worden in de beslissingen.

##### Schorsingen ten gevolge van wijziging van refundcode

In geval van meervoudige mutaties ten gevolge van een wijziging van refundcode, dient er als einddatum, bij het stopzetten met terugwerkende kracht, de datum van de eerste schorsing (-1) ingevoerd te worden.

#### Meervoudige mutaties van verschillende soorten

In geval van meervoudige mutaties van verschillende types, dienen de mutaties één per één behandeld te worden. Het is niet mogelijk om de verschillende mutaties te behandelen in één enkele handeling.

##### Wijziging van INSZ/Bis die een overlapping veroorzaakt en wijziging van refundcode

In geval van een mutatie ten gevolge van een wijziging van INSZ en een mutatie betreffende een wijziging van refundcode, dient eerst de schorsing betreffende de wijziging van refundcode (stopzetten met terugwerkende kracht) behandeld te worden en nadien de schorsing betreffende de wijziging van INSZ.

##### Wijziging van INSZ die een overlapping veroorzaakt en overlijden

Bij een mutatie ten gevolge van een wijziging van INSZ en een mutatie ten gevolge van het overlijden van de persoon, dient eerst de schorsing betreffende het overlijden behandeld te worden (stopzetten met terugwerkende kracht) en pas nadien de schorsing ten gevolge van de wijziging van INSZ.

##### Wijziging van refundcode en overlijden

Bij een mutatie ten gevolge van een wijziging van refundcode en een mutatie betreffende het overlijden van de persoon, dienen de schorsingen behandeld te worden in de volgorde van aankomst. Meestal lost de behandeling van de eerste schorsing de tweede schorsing op.

##### Wijziging van INSZ die een overlapping veroorzaakt, wijziging van refundcode en overlijden

Bij een mutatie ten gevolge van een wijziging van INSZ, een mutatie betreffende een wijziging van refundcode en een mutatie betreffende het overlijden van de persoon, dienen de schorsingen betreffende de wijziging van refundcode en betreffende het overlijden eerst behandeld te worden (in de volgorde van aankomst; stopzetting met terugwerkende kracht).

Vervolgens kan de schorsing betreffende de wijziging van INSZ gewijzigd worden.

**Het bericht tot kennisgeving in verband met de schorsing van de beslissing wordt via het kanaal van de mutaties aan het beherende OCMW bezorgd.**

# MediPrima voor zorgverstrekker

Wanneer een persoon verzorging nodig heeft, maar niet over voldoende middelen beschikt om de medische kosten te dekken, moet hij medische hulp vragen aan zijn OCMW. Dit OCMW zal vervolgens beslissen of het zal tegemoetkomen in de uitgaven van de gezondheidszorgen. Deze beslissing is de garantie voor de zorgverstrekkers dat de zorgen die ze verlenen ten laste zullen worden genomen volgens de door de OCMW vastgelegde limieten.

In principe moet deze beslissing steeds vóór een zorgprestatie genomen worden. Dit principe van voorafgaande waarborg voor de tenlasteneming is de garantie voor de zorgverlener én de patiënt dat de kosten voor de door hem verleende zorgen weldegelijk ten laste zullen worden genomen.

*In de praktijk gebeurt het nochtans dat de patiënt zich, ofwel omwille van dringende hulp, ofwel omdat hij het niet weet, rechtstreeks wendt tot een verstrekker - een dokter of de spoeddienst van een ziekenhuis. Wat die moet doen, wordt uitgelegd in hoofdstuk 4.2.4.4*

*In functie van de ernst van zijn toestand zal de zorgverlener de persoon doorverwijzen naar het bevoegd OCMW of, bij medische dringendheid, de noodzakelijke zorg verstrekken.*

## De raadpleging van de verzekerbaarheid en de elektronische beslissingen voor de patiënt

De dekking van de gezondheidszorgen waarover de OCMW’s beslissen, zoals omschreven in het systeem MediPrima, is enkel een residuair stelsel.

De zorgverstrekker of zijn administratieve dienst (vb. voor ziekenhuizen) onderzoekt dan de toestand van de persoon vanuit het standpunt van zijn verzekerbaarheid, via zijn medische software.

Nadien controleert hij in MediPrima, via het systeem MyCareNet of de toepassing Web Consult van de POD MI, (zie gedeelte 4.2.2. “de tools voor raadpleging”) of de zorgen gedekt worden door een elektronische beslissing van een OCMW.

Zoals in het kader van de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering ziet de zorgverstrekker toe op de dekking van de prestaties en van medische zorgen die hij zal verstrekken via de raadpleging van de databank van de elektronische beslissingen tot tenlasteneming.

Voor de zorgverstrekker overgaat tot het verlenen van de gevraagde zorgen, moet hij, via zijn medische software, het systeem (My)CareNet of de toepassing Web Consult van de POD MI (zie deel 4.2.2. “de consultatietoepassingen”), in MediPrima controleren of de zorgen gedekt worden door een ziekenfonds of door een elektronische beslissing tot tenlasteneming van een OCMW.

### Identificatie van de patiënt

De zorgverstrekker kan en mag zich enkel baseren op de gegevens vermeld in de elektronische beslissingen die door een OCMW in de gegevensbank MediPrima werden ingebracht.

Om toegang te krijgen tot de gegevensbank **moet de zorgverstrekker over het INSZ-nummer van de patiënt beschikken**[[23]](#footnote-23)).

Het INSZ-nummer is terug te vinden op een identiteitsdocument. Maar personen die illegaal verblijven beschikken meestal niet over een dergelijk document: zij moeten van het OCMW een **identificatie formulier** ontvangen met een INSZ-nummer (of bis[[24]](#footnote-24)).

Daarvoor moet de patiënt MediPrima die nood heeft aan medische hulp verplicht geregistreerd worden bij een OCMW.

### De patiënt legt zijn identificatieformulier voor.

In dit formulier (zie bijlage) moet het INSZ van de betrokken persoon of personen vermeld worden. Aan de hand van dit formulier (zie bijlage) dat het OCMW aan de begunstigde van een medische hulp heeft bezorgd, kan de zorgverstrekker:

* Er zich van verzekeren dat de persoon tegenover hem wel degelijk de juiste is. Hij beschikt over een foto, de naam en voornaam, de aanduiding van het geslacht en de geboortedatum van de houder van dit formulier alsook van eventuele minderjarige personen te zijnen laste.
* Veronderstellen dat de persoon gekend is en zijn kosten wel degelijk gedekt zouden kunnen zijn door een OCMW. Om zeker te zijn van een tenlasteneming van de kosten, moet hij de elektronische beslissing in het systeem raadplegen.
* Beschikken over het INSZ- of Bis-nummer om de informatie in MediPrima op te zoeken.

Dit formulier is ook geenszins een garantie tot ten laste neming door een OCMW. Het dient enkel om aan de zorgverstrekker de correcte informatie te bezorgen en verleent de houder **geen** enkel recht.

Het informatieformulier is dus enkel een hulpmiddel en geen absolute voorwaarde om al dan niet in aanmerking te komen voor een terugbetaling i.h.k.v. MediPrima.

**Het OCMW moet geen requisitoir of ander document tot tenlasteneming aan de begunstigde voor de zorgverstrekker bezorgen.**

**De zorgverstrekker mag evenmin een informatieformulier weigeren en mag geen andere identificatie document vragen, bv. een papieren requisitoir.**

### Wanneer vindt de raadpleging van de beslissingen tot tenlasteneming plaats?

De raadpleging van de beslissing tot medische hulp door de zorgverstrekker moet steeds voor de prestatie gebeuren: de dag van de prestatie zelf of, wanneer het bijvoorbeeld gaat om een hospitalisatie, de dag van de opname.

*De zorgdekking van de persoon in het systeem van de elektronische beslissingen kan immers snel evolueren, meer bepaald in functie van eventuele wijzigingen van het statuut of van het verblijfsrecht van de persoon.*

### De middelen voor raadpleging

De zorgverstrekkers raadplegen MediPrima hetzij aan de hand van een eigen toepassing, hetzij via de Webtoepassing van de POD-MI op het eHealth platform ([https://www.**ehealth**.fgov.be/](https://www.ehealth.fgov.be/)).

*De gebruiker maakt verbinding met het platform eHealth via de eID en kiest in "online diensten" de toepassing "MediPrima".*

### De opzoeking in de database van de beslissingen

Wanneer de hospitalisatie langer duur dan 30 dagen, moet het ziekenhuis opnieuw de beslissingen in MediPrima raadplegen.

* **Identificatie van de verstrekker**

Wanneer een zorgverstrekker beslissingen tot tenlastenemingen voor de begunstigde wil raadplegen in het elektronische systeem, moet hij zich als gebruiker identificeren via zijn **elektronische identiteitskaart (eID)**.

* **De opzoeking in MediPrima**

Om een beslissing tot medische hulp te kunnen raadplegen, geeft de zorgverstrekker als zoekcriterium het INSZ-nummer van de patiënt en de datum of periode van de prestatie in.

* **Het is mogelijk de beslissingen te raadplegen in het verleden**

Het is mogelijk om MediPrima te raadplegen in het verleden. De beperkingen die bestaan voor de raadplegingsperiodes hebben betrekking op de toekomst en de duur van de raadplegingsperiode: de ondervragingsperiode is beperkt tot 30 dagen.

* **De beperkingen van de raadpleging**
  + **De zorgverstrekker kan de DB MediPrima raadplegen voor een welbepaalde dag**
  + **De ondervragingsperiode is beperkt tot 30 dagen**

Om langere dekkingsperiodes van het OCMW te verkrijgen, is de verstrekker verplicht om verschillende ondervragingen uit te voeren.

* + **De zorgverstrekker kan ook de beslissingen van MediPrima in het verleden raadplegen.**

De verstrekker moet daarom steeds het systeem de dag van de prestatie zelf raadplegen, of, wanneer het gaat om een hospitalisatie, de eerste dag van een opname.

Wanneer het OCMW een beslissing tot medische hulp wil waarborgen, moet het ook bepalen welke categorie van zorgen het ten laste neemt en eventueel bij welke zorgverstrekkers de begunstigde terecht kan. Als het OCMW een beperkende lijst van zorgverstrekkers indient, kunnen enkel de zorgverstrekkers in deze lijst de inhoud van de tenlasteneming zien.

Zorgverstrekkers die niet in de lijst voorkomen, krijgen enkel contactgegevens van het bevoegde OCMW. Zij kunnen de inhoud van de medische kaart niet zien. Indien er geen lijst werd ingevoerd, kunnen alle zorgverstrekkers de beslissingen van het OCMW zien.

### Het resultaat van de opzoeking

Indien de verstrekker in aanmerking komt, nadat hij de begunstigde heeft opgezocht op basis van zijn identificatienummer, ontvangt hij de gegevens van de elektronische beslissing op de datum van raadpleging:

* hetzij geen resultaat indien geen dekking,
* hetzij de lijst van de betrokken beslissingen: als er meerdere verschillende dekkingen zijn voor eenzelfde raadplegingsperiode - verschillende beslissingen en/of verschillende versies van beslissingen die achtereenvolgens werden goedgekeurd, deelt MediPrima al deze beslissingen of versies mee met een beperking tot 24 gevallen.

### Het verbintenisnummer

De betalingsverbintenis is een waarborg tot tenlasteneming dat door het systeem MediPrima wordt afgeleverd aan de zorgverstrekker in de vorm van een nummer dat hem wordt toegekend tijdens de raadpleging:

*Bij een raadpleging van een beslissing tot tenlasteneming, maakt het systeem automatisch een betalingsverbintenisnummer[[25]](#footnote-25) aan. Dit is het nummer dat de verstrekker als betaalgarantie zal kunnen vermelden in de elektronische factuur.*

Het verbintenisnummer zal automatisch aangemaakt worden als er een uitvoerbare beslissing met een geldige waarborg tot tenlasteneming bestaat.

Deze waarborg is geldig voor zover de zorgen gedekt zijn door een geldige dekking tot tenlasteneming, ingevoerd door het OCMW in MediPrima en de raadplegingsdatum zich in de periode bevindt die gevraagd werd in de raadpleging MediPrima.

Als de zorgverstrekker een verbintenisnummer heeft ontvangen en factureert volgens de voorwaarden vermeld in de betrokken beslissing, zullen zijn gefactureerde prestaties ten laste genomen worden.

*Het verbintenisnummer dat op “dag x” bekomen werd via consultatie van de databank MediPrima, mag gebruikt worden voor alle prestaties die verricht werden tijdens de meegedeelde geldigheidsperiode en maximaal tot en met “dag x +30 dagen”, ongeacht wanneer deze prestaties gefactureerd worden*

***Voorbeeld***

*In het geval van een dekking van één dag, 27/03/2013, bv voor een geplande hospitalisatie waar de patiënt werd toegelaten op 27/03/2013 en werd ontslagen uit het ziekenhuis op 29/03/201, zullen de prestatiekosten die voortvloeien uit een latere toelating, bv op 10/04/2013, niet worden ondersteund na de raadpleging van 27 / 03 / 2013.*

*Een consultatie op 27/03/2013 kan worden gebruikt voor prestaties die werden uitgevoerd tot en met 26/04/2013, in zoverre de prestaties van 01/04/20113 tot 26/04/2013 deel uitmaken van dezelfde toelating die de raadpleging van 27/03/2013 genereerde).*

***Opmerking:***

***Wanneer tijdens het verblijf in een ziekenhuis het statuut van de persoon wijzigt (wordt bijvoorbeeld legaal/verzekerbaar), wordt de 30 dagen geldigheid van een verbintenisnummer*** *gegarandeerd en door de Staat gerespecteerd.*

#### **Maximale raadplegingsperiode**

De raadpleging is mogelijk voor een maximale duur van 30 dagen vanaf de begindatum van de geraadpleegde periode, die niet noodzakelijk de datum van de dag moet zijn.

#### Geldigheid van het verbintenisnummer

Het verbintenisnummer geldt zowel voor de kosten ten laste van de POD MI, als voor deze ten laste van een OCMW.

#### **Betalingsverbintenis krijgen door een periode in de toekomst te raadplegen**

Het is niet mogelijk om een betalingsverbintenis te ontvangen voor een periode in de toekomst, zelfs wanneer er een beslissing tot dekking van een OCMW is: de raadplegingsdatum moet noodzakelijk in de periode liggen waarvoor de verbintenis wordt gevraagd.

***Voorbeeld:***

* + - *Op 1 februari raadpleegt de verstrekker MediPrima voor een periode van 1 februari tot 20 februari: wanneer voor deze periode een dekking van het OCMW bestaat, zal de verstrekker een verbintenisnummer tot betaling ontvangen.*
    - *Op 1 februari raadpleegt de verstrekker MediPrima voor een verzorgingsperiode die gaat van 5 februari tot 20 februari: hij zal* ***geen*** *verbintenisnummer tot betaling ontvangen, hoewel de patiënt toch gedekt is door een beslissing tot tenlasteneming van een OCMW die geldig is voor deze volledige periode.*

#### **Betalingsverbintenis krijgen voor een raadpleging in het verleden**

Wanneer de geraadpleegde periode zich in het verleden bevindt en zij gedekt wordt door een of meer beslissingen tot tenlasteneming en de raadplegingsdatum binnen de geraadpleegde periode ligt, wordt een verbintenisnummer tot betaling afgeleverd.

Overwegende dat de geraadpleegde periode maximaal 30 dagen mag zijn, is het onmogelijk om een verbintenisnummer te verkrijgen voor een periode van meer dan 30 dagen.

#### Geldigheidsduur van de waarborg van de betalingsverbintenis

De eigenlijke betalingsverbintenis heeft geen geldigheidsduur. De enige beperking in ZIV is die van de verjaringstermijn van de terugbetaling van de prestatie; deze bedraagt twee jaar (artikel 174 van bovenvermelde gecoördineerd wet).

Niets verplicht (noch verbiedt) de zorgverlener om, bij de facturatie, de dekking van de verzekerde op het ogenblik van de verstrekking opnieuw te raadplegen, maar dan neemt hij het risico niet betaald te worden. Als de zorgverstrekker dat niet doet, kan de HZIV niet om die reden de terugbetaling weigeren.

#### Duur van de waarborg van de betalingsverbintenis:

Wanneer het ziekenhuis een betalingsverbintenis ontvangt, kan het ziekenhuis met dit nummer tegen dezelfde voorwaarden de prestatie factureren waarvoor de raadpleging werd uitgevoerd alsook de verlenging van deze prestaties (een hospitalisatie bijvoorbeeld) gedurende een periode van 30 dagen. Dit is inclusief de dag van de aanvraag (d + 29), zonder dat de eventuele wijzigingen tot tenlasteneming van het OCMW in aanmerking worden genomen.

Deze waarborg is maximaal 30 dagen geldig vanaf de begindatum van de geraadpleegde periode, voor zover de zorgen gedekt worden door een geldige dekking tot tenlasteneming, die door het OCMW wordt ingegeven in MediPrima.

***Voorbeeld 1:***

* *Een patiënt wordt gedekt door een beslissing tot tenlasteneming van een OCMW van 1 januari tot 31 maart;*
* *Het ziekenhuis vraagt een dekking op 1 maart: het ontvangt een verbintenis tot betaling.*
* *Op 7 maart wijzigt het OCMW haar beslissing en annuleert haar dekking: het ziekenhuis blijft gedekt tot 30 maart onder dezelfde voorwaarden dan die van 1 maart.*

***Voorbeeld 2:***

* *Een patiënt wordt gedekt door een beslissing tot tenlasteneming van een OCMW van 1 februari tot 31 maart;*
* *Op 21 januari vraagt het ziekenhuis een dekking voor de periode van 21 januari tot 19 februari: het ontvangt een verbintenis tot betaling;*
* *De HZIV zal de prestatiekosten enkel terugbetalen voor de periode die gedekt wordt door de waarborg tot tenlasteneming van het OCMW, ofwel vanaf 1 februari. De verzorgingsinstelling daarentegen zal eventuele prestatiekosten die plaatsvonden tussen 21 januari t.e.m. 31 januari niet meer aan de Staat kunnen factureren, aangezien deze periode niet gedekt is door de waarborg tot tenlasteneming van het OCMW.*

#### Verlenging van de verzorging:

De betalingsverbintenis van MediPrima dekt slechts een periode van 30 dagen (inclusief de begindatum van de geraadpleegde periode). Aan het einde van de 30 dagen en bij verlengde hospitalisatie moet het ziekenhuis een nieuwe verbintenis aanvragen.

#### Automatisering door het ziekenhuis

Bij verlengde hospitalisatie moet het ziekenhuis haar verbintenissen tot betaling geautomatiseerd bijwerken: het gebruikt in het kader van de ZIV boodschappen (721, 723, …) om de opvolging van de hospitalisatie geautomatiseerd te beheren. Het gaat hier om een probleem van ergonomie: vermijden om te moeten overgaan tot manuele raadplegingen. Dit gebeurt door een uitwisseling van boodschappen met DVZ: deze in ZIV aanwezige stromen bestaan niet in MediPrima.

Het is mogelijk om de databank MediPrima te raadplegen - via de webservice tot raadpleging – en zo het antwoord te krijgen: deze automatisering gebeurt buiten het systeem MediPrima. Deze ontwikkeling moet uitgevoerd worden door de producent van de ziekenhuissoftware.

### Er bestaat een beslissing tot tenlasteneming met aangepaste dekking

De zorgverstrekker mag de zorgen verstrekken en kan de tussenkomst en de betaling van zijn factuur laten uitvoeren door de HZIV en/ of door het OCMW.

### Er is nog geen beslissing tot tenlasteneming of de beslissing dekt de zorgprestaties niet

#### De termijn om het OCMW op de hoogte te stellen

Wegens de termijn van terugwerkende kracht van 45 dagen, is het essentieel dat de zorgverstrekker zo snel mogelijk deze aanvraag doorgeeft aan het bevoegde OCMW zodat het OCMW deze aanvraag kan behandelen.

Deze termijn moet zo kort mogelijk zijn en mag maximaal 15 dagen bedragen.

#### De “verbindingsfiche”

**Tussenkomst van de sociale dienst van het ziekenhuis**

In een ziekenhuisomgeving wordt de hulpbehoevende patiënt ten laste genomen door de sociale dienst van de instelling. Dit is zeker het geval wanneer de patiënt zich niet kan verplaatsen. De sociale dienst van het ziekenhuis voert dan een sociaal “vooronderzoek” uit tijdens de hospitalisatie. Het onderzoekt hiervoor de toestand van de persoon en licht het bevoegde OCMW hierover in.

De sociale dienst van het ziekenhuis stelt een document op met informatie over de verstrekte zorgen en de identiteit van de persoon. Naargelang het ziekenhuis wordt dit document anders benoemd: “verbindingsfiche”, “advies tot tenlasteneming”... Vervolgens kan het, met de volmacht van de persoon, een aanvraag tot tenlasteneming van de medische kosten indienen bij het bevoegde OCMW. en ofwel verzekerd is bij een ziekenfonds, maar dat dit ziekenfonds niet in staat is het gedeelte patiënt en de eventuele supplementen te betalen.

Wanneer de zorgen reeds werden toegediend omwille van de medische hoogdringendheid, bezorgt het ziekenhuis het OCMW eveneens het zorgadvies. Dit zorgadvies zal dan worden behandeld als een aanvraag tot maatschappelijke dienstverlening volgens de bepalingen van artikel 58 van de organieke wet voor OCMW’s.

Deze manier van handelen versnelt het sociaal onderzoek van het OCMW.

**De verbindingsfiche die afzonderlijk verzonden wordt, is een overdracht van informatie.**

#### Gebruik van het formulier "sociaal onderzoek”

Volgens de wet is het aan het bevoegde OCMW en niet aan het ziekenhuis om het sociaal onderzoek te voeren. Via het formulier "sociaal onderzoek” bij dringende zorgen/dringende hospitalisatie bezorgt de zorgverstrekker de inlichtingen die zij in haar bezit heeft zodat het OCMW de niet-ingevulde rubrieken kan invullen.

***Het formulier van sociaal onderzoek voorziet in een ruimte voor de handtekening van de patiënt,*** *wat het ziekenhuis toelaat om een aanvraag tot tussenkomst van het OCMW in te dienen in zijn naam.*

De verbindingsfiche die samen met het sociaal onderzoek “medische kosten” wordt verzonden, is een aanvraag tot maatschappelijke dienstverlening wanneer dit sociaal onderzoek ondertekend is door de patiënt en deze de sociale dienst van het ziekenhuis opdracht heeft gegeven zijn vraag tot medische hulp in te dienen.

De niet-ondertekende aanvraag is geldig wanneer zij vergezeld is van een getuigschrift van een arts die de onbekwaamheid bevestigt van de persoon om zelf te ondertekenen.

*Dit laatste gebeurt vooral bij de dringende gevallen dat de patiënt niet in staat is om de aanvraag te ondertekenen of om iemand te mandateren om dit te doen.*

Het formulier is een "**goede praktijk**" inzake samenwerking tussen de twee instellingen die de POD MI sterk aanmoedigt, maar het OCMW blijft per slot van rekening de enige verantwoordelijke voor het sociaal onderzoek.

#### **Contact opnemen met het bevoegde OCMW**

De zorgverstrekker wordt verondersteld contact op te nemen met het centrum dat reeds een beslissing heeft ingevoerd in de databank en niet met het OCMW van zijn eigen gemeente.

Wanneer de zorgverstrekker toch contact opneemt met een ander OCMW (OCMW B) moet OCMW B (dat eveneens kan vaststellen dat reeds een beslissing werd genomen door OCMW A) de persoon doorverwijzen naar OCMW A dat zich reeds geëngageerd heeft.

#### **Weigering tot uitbreiding van de dekking door het OCMW:**

**Indien het OCMW weigert om een beslissing uit te breiden nadat een zorgverstrekker dat heeft gevraagd**, zal de zorgverstrekker niet meer kunnen facturen aan het betrokken centrum en zal hij de factuur aan de patiënt moeten bezorgen.

## De zorgverstrekker verzorgt en factureert de verstrekte zorgen

De zorgverstrekker dient de zorgen toe. Maar wanneer hij andere prestaties uitvoert of volgens andere modaliteiten dan diegenen die zijn toegestaan (een andere arts dan de toegelaten, prestatie buiten de geldigheidsperiode...), loopt hij het risico niet te worden betaald, noch door de HZIV (voor rekening van de Staat) noch door het OCMW.

Wanneer de modaliteiten, beschreven in de beslissing, niet overeenkomen met de verstrekte zorgen, moet de zorgverstrekker contact opnemen met het bevoegde OCMW om de dekking eventueel aan te passen aan de medische noden. Zo zal een patiënt die over een ‘principiële’ beslissing beschikt en die zich moet laten hospitaliseren toch vooraf aan het OCMW een uitbreiding moeten vragen van de dekking voor hospitalisatie.

Wanneer het OCMW de elektronische beslissing heeft ingevoerd, zal de zorgverlener de elektronische beslissing van de persoon kunnen raadplegen om een verbintenisnummer verkrijgen.

## Het attest Dringende medische hulp (DMH)

Wanneer het gaat om een persoon die illegaal verblijft, moet de zorgverstrekker in ieder geval een attest van dringende medische hulp (zie bijlage) verstrekken om de terugbetaling van de Staat te kunnen genieten in het kader van de dringende medische hulp.

De verstrekker van dit attest moet een arts of tandarts zijn, die erkend is door het RIZIV.

Het attest bevat minstens:

* de datum van de prestatie;
* de naam van de begunstigde;
* de naam en de handtekening van de arts.

#### Een model van elektronisch medisch attest

Het attest DMH wordt elektronisch. Hiervoor werd een formulier met unieke template vastgelegd door de POD MI.

#### Wie moet het attest Dringend medische Hulp (DMH) bewaren?

Voor prestaties die geen betrekking hebben op de 1ste fase van het project wordt dit attest bij de factuur gevoegd en wordt het bewaard door het OCMW.

In MediPrima moet dit attest echter bewaard worden door de voorschrijvende zorgverstrekker. Het bestaan ervan kan gecontroleerd worden door de HZIV.

In de volgende fases moet het attest bewaard worden door de zorgverstrekker.

* Voor de zorgen verstrekt in het ziekenhuis in het kader van een hospitalisatie en/of een ambulante opname moeten de attesten DMH bewaard worden door het ziekenhuis.
* Voor de andere zorgen (farmaceutische kosten, kine, enz.) moet het OCMW de attesten bewaren aangezien de facturatie nog op de oude manier gebeurd.

***Voorbeeld:***

*Een persoon gaat in een ziekenhuis op raadpleging bij een dermatoloog en krijgt van deze dermatoloog een voorschrift voor medicatie. Het attest voor de raadpleging zelf zal bijgehouden worden door het ziekenhuis. Het attest voor de medicatie zal opgesteld worden door de arts van het ziekenhuis, in dit geval de dermatoloog, en bewaard worden door de apotheker.*

***Opmerking:***

*Indien de arts in de structuur van het ziekenhuis maar als privéarts raadpleegt, deze zorgen vallen dus niet onder de ambulante zorgen van fase één van het project MediPrima. Ze worden dus gefactureerd op de oude manier, de attesten DMH moeten bijgevolg nog bewaard worden door het OCMW.*

#### Controles a posteriori van de attesten DMH door de HZIV

De HZIV zal op basis van steekproeven controleren of er wel degelijk een attest van dringende medische hulp was en de inhoud ervan controleren.

### Een voorschrift voor een andere verstrekker

De patiënt die werd toegelaten voor een verblijf of voor ambulante zorgen in een zorginstelling kan, tijdens zijn verblijf of na raadpleging, zorgen voorgeschreven krijgen die niet zijn opgenomen in de dekking van het OCMW, voor prestaties bij een andere zorgverstrekker. In dit geval moet elke zorgverstrekker een attest DMH bewaren en zal het OCMW de elektronische beslissing nog moeten aanpassen.

# Facturatie van de medische kosten



De facturatie MediPrima is volledig elektronisch. Tijdens de overgangsfase zijn er twee factureringsmogelijkheden:

* De verzending van elektronische facturen gericht aan de HZIV. In dit geval is het dus overbodig om nog papieren documenten over te maken aan de HZIV.
* De uitgave van papieren facturen, geadresseerd aan het OCMW of aan de patiënt (voor de kosten die noch door de staat noch door het OCMW ten laste genomen worden), deze methode blijft behouden voor facturen die buiten de huidige fase van MediPrima vallen[[26]](#footnote-26).

## De elektronische facturatie aan de HZIV

De elektronische facturatie is gebaseerd op deze van het RIZIV, maar past wel de aanpassingen en de beperkingen toe die beschreven staan in het referentiedocument van de HZIV “INSTRUCTIES AAN DE ZORGINSTELLINGEN MET BETREKKING TOT DE ELEKTRONISCHE FACTURATIE VAN DE ZORGVERLENING IN HET KADER VAN MediPrima - Fase 1”.

Deze instructies wijzigen de algemene instructies voor facturering op magnetische of elektronische dragers van de RIZIV[[27]](#footnote-27), of vullen deze aan.

**Deze instructies zijn dwingend.** Wanneer ze niet nageleefd worden, riskeert de zorgverlener niet te worden betaald.

### Identificatie van de debiteuren

Voor elke prestatie van een afzonderlijke factuur identificeert de zorgverstrekker de verschillende debiteuren:

* De federale Staat:

Deze wordt vertegenwoordigd door de POD MI en betaalt via de HZIV.

* Het OCMW:

Het OCMW kan het gedeelte dat niet gedekt is door de staat of het RIZIV, gedeeltelijk of volledig ten laste nemen.

* De patiënt:

Deze betaalt het saldo dat niet gedekt is door de twee andere instanties.

De bedragen ten laste van de verschillende partijen worden, volgens de instructies van de facturering, in de juiste velden ingegeven.

* Het veld met het gedeelte ZIV wordt ingevuld met het deel dat ten laste wordt genomen door de POD MI.

***Opmerking****:*

*In fase 1, neemt de POD MI in het merendeel van de gevallen 100% van het gedeelte ZIV en 100% van het gedeelte patiënt ten laste. Er wordt een uitzondering gemaakt voor personen die illegaal verblijven of voor de 9ters met inkomen dat minstens gelijk is aan het leefloon. Voor deze personen wordt het gedeelte patiënt niet ten laste genomen door de staat wanneer het ambulante zorgen betreffen.*

*De POD MI zal nooit de supplementen te zijner laste nemen.*

* In het veld dat de bijdrage van de patiënt bevat, wordt het gedeelte patiënt ingevuld, inclusief de eventuele supplementen te zijner laste.
* Tot slot wordt het veld supplement ingevuld met de bedragen ten laste van het OCMW, als de zorgverstrekker deze niet kan bepalen.

Als de zorgverlener geen duidelijk onderscheid kan maken tussen de kosten ten laste van het OCMW en de kosten ten laste van de patiënt, op basis van de elektronische beslissing tot tenlasteneming zal hij:

* Ofwel het hele bedrag factureren aan de patiënt die op zijn beurt contact kan opnemen met het OCMW;
* Ofwel, wanneer er een overeenkomst bestaat tussen de zorgverstrekker en het OCMW, zijn factuur naar het OCMW versturen. Dit kan het geval zijn wanneer het OCMW beperkingen aan zijn tussenkomst heeft toegevoegd in de niet-gestructureerde commentaarvelden van zijn elektronische beslissing.

### De conventies tussen OCMW’s en ziekenhuizen

De gegevens op de elektronische beslissing in de gegevensbank primeren **boven de gegevens uit de overeenkomsten.**

Een OCMW zal in zijn beslissing normaal gezien ook rekening houden met de inhoud van de overeenkomsten die ze zelf zijn aangegaan.

Indien het OCMW wil vermijden dat het telkens per elektronische beslissing alle elementen uit de overeenkomst moet overnemen, kan in het tekstveld ook simpel weg verwezen worden naar de betreffende overeenkomst.

### Advies van de adviserende geneesheer van het ziekenfonds vereist

Er bestaan medische verstrekkingen waarvoor binnen het ZIV-stelsel een advies van de adviserende geneesheer van het ziekenfonds vereist is: de POD MI zal deze kosten binnen de gebruikelijke grenzen ten laste nemen.

### Splitsing van facturen (ziekenhuizen)

Een betaalverbintenis is 30 dagen geldig. Wanneer het ziekenhuis de gegevensbank consulteert in de periode dat het eerste OCMW bevoegd was, dan kunnen kosten tot 30 dagen erna gefactureerd worden aan dit OCMW. Na die 30 dagen moeten de kosten gefactureerd worden aan het tweede OCMW.

### Versturen van de elektronische facturen aan de HZIV

De zorgverstrekker bezorgt de HZIV zijn factureringsbestanden met de zorgen van de personen die medische bijstand genoten.

*Voor ziekenhuizen geldt een minimale maandelijkse facturering en zijn er twee verzendingen:*

* *Minstens één voor de ambulante zorgen;*
* *Minstens één voor de hospitalisatie.*

*Dit bestand bevat alle afrekeningen van een maand en is gerangschikt op basis van het opnamenummer (in geval van hospitalisatie) en op basis van het volgnummer van de individuele facturen (in geval van ambulante verstrekkingen).*

*Voor de* ***huisartsen*** *mag de facturatie dagelijks gebeuren (maar één maal per dag).*

De factureringsbestanden worden via het netwerk MyCareNet overgemaakt en staan los van de verzending van de facturen met betrekking tot de verzekerden van de HZIV genotifieerd onder het nummer 690.

**Er mag geen enkele papieren factuur naar de HZIV opgestuurd worden**.

### In geval van facturering via MyCareNet

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

Als de HZIV een betaling uitvoert in opdracht van de POD MI, die de HZIV heeft aangeduid als betalingsinstelling voor rekening van de Staat, zal er een afrekenbestand worden verzonden.

### Specifieke facturatie-instructies van de HZIV voor de verstrekkers

Voor elke verstrekker stelt de HZIV specifieke facturatie-instructies op. Zie de referentiegidsen van de HZIV.

## De papieren facturatie

Voor de andere debiteuren van de medische kosten dan de HZIV, dit wil zeggen de patiënt of het OCMW wordt de papieren facturatie behouden om operationele redenen.

De papieren facturatie wordt om operationele redenen gehandhaafd.

### Productieregel voor papieren facturen:

Wanneer de staat (POD MI) niet de totale medische kosten dekt, wordt het saldo aan de debiteuren gefactureerd. Dit aan de hand van een papieren factuur.

***Opmerking:***

*De zorginstellingen zijn verplicht om de hospitalisatiefacturen, voor welk bedrag dan ook, op te sturen naar de patiënt, zelfs als de factuur € 0 bedraagt.*

*Als 100% van de medische kosten onder de verantwoordelijkheid van de POD MI vallen, wordt er geen papieren factuur uitgereikt aan het OCMW*.

Als er een saldo is dat niet ten laste genomen wordt door de HZIV, zijn er drie mogelijkheden:

1. Het OCMW **komt niet tussen** en neemt niets ten laste:

Het OCMW geeft dit aan in het luik van de betrokken beslissing. In dit geval **stuurt de zorgverlener enkel een factuur naar de patiënt** met het saldo te zijner laste en is er geen factuur voor het OCMW.

1. Het OCMW komt tussen en neemt **het volledige saldo van de factuur ten laste**:

In dit geval **stuurt de zorgverlener enkel een factuur naar het OCMW**.

1. Het OCMW komt **gedeeltelijk** tussen:

* Als de tenlasteneming kon worden vastgesteld, **stuurt de zorgverlener twee facturen**, één naar het OCMW met het gedeelte ten laste van het OCMW, een andere naar de patiënt met het gedeelte te zijner lasten.
* Als de tenlasteneming door het OCMW niet kon worden vastgesteld, factureert de zorgverlener het gehele saldo ofwel aan de patiënt ofwel aan het OCMW **als** hierover een akkoord bestaat tussen de twee instellingen.

### Presentatie van de papieren factuur

De factuur patiënt en de factuur OCMW bevatten een kolom met het bedrag dat ten laste wordt genomen door de POD MI, een kolom met het gedeelte patiënt (supplementen inbegrepen), een kolom met de bedragen van de kosten ten laste van het OCMW en een kolom met de totale bedragen.

## Afhandeling van de facturatie door de HZIV

### Controles door de HZIV

Bij ontvangst van een factureringsbestand, controleert de HZIV of het bestand voldoet aan alle voorwaarden.

1. Controle van de patiënt:

De patiënt moet gekend zijn in het systeem van de elektronische beslissingen.

1. Controle van de periode:

De prestaties moeten hebben plaatsgevonden in een periode die gedekt is door een beslissing tot tenlasteneming.

1. Controle van de flag “attest Dringend Medische Urgentie”:

Deze moet geselecteerd zijn voor personen die illegaal verblijven.

1. Controle van de soorten zorg:

De soorten zorg die gedekt worden door het OCMW in fase 1; de zorgen in zorginstellingen, verblijf of ambulante zorg.

1. Controle van de dekkingscode:

De dekkingscode of het percentage van de tenlasteneming door de POD MI dat gebruikt wordt in de facturatie moet conform zijn aan de elektronische beslissing.

1. Controle van de zorgverstrekker:

Als er een zorgverstrekker in de elektronische beslissing aangeduid is, kunnen andere zorgverstrekkers niet in aanmerking komen voor een terugbetaling.

1. Controle van het verbintenisnummer van de betaling

De HZIV past de RIZIV-tarifering toe en voert de betaling van de kosten ten laste van de staat (de POD MI) uit op basis van de voorwaarden van de elektronische beslissing.

**Alle vragen in verband met geweigerde facturen, betalingen of prestaties kunnen gericht worden aan de helpdesk elektronische facturatie via volgend adres:** [**MediPrima@hziv.fgov.be.**](mailto:Mediprima@hziv.fgov.be)

### Rechtzettingen van de facturen

Geweigerde facturen of prestaties moeten na de rechtzetting opnieuw ingevoerd worden in een zending van elektronische facturatie.

Wanneer de HZIV een factuur weigert (omwille van niet-respecteren ZIV-regels, of omwille van niet-conform met de OCMW beslissing), heeft het ziekenhuis er alle belang bij om de factuur aan te passen en een correctie door te sturen. Wanneer een ziekenhuis dit niet doet, zal de betrokkene (eventueel via het OCMW) normaal gezien een klacht indienen en de factuur niet betalen.

### ****De maximum betalingstermijn**:**

De HZIV volgt voor haar betalingen MediPrima dezelfde regels en termijnen als in het kader van het RIZIV. Er is in ieder geval geen sanctie of verwijlinteresten voorzien in geval van vertraging

De gemiddelde betalingstermijn voor de facturen goedgekeurd door de HZIV is momenteel 8 werkdagen.

## Uitvoeren van de eindafrekening voor de POD MI en de OCMW’s

De HZIV stelt maandelijks een bestand van de afrekeningen op dat de verzending van de aanvaarde facturen bevat en waarvoor de bedragen ten laste van de Staat werden betaald.

De structuur van het bestand is geïnspireerd op dat van de facturatierecords (het neemt namelijk de records 20, 25, 30, 40, 50 en 80 over).

### Het overmaken van de afrekeningen naar de POD

Eenmaal per maand wordt een afrekeningenbestand bezorgd aan de POD MI, via het NIC en de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ).

In dit bestand wordt er een onderscheid gemaakt tussen het deel ZIV en het deel remgeld dat door de POD-MI ten laste wordt genomen en andere elementen van de factuur die ten laste genomen worden door het OCMW en door de patiënt.

## De POD MI bezorgt de afrekeningen aan het (de) OCMW(‘s)

De POD MI maakt via SMALS een afrekeningsbestand aan voor elk OCMW op basis van het afrekeningsbestand dat het van de HZIV ontvangt.

Er zijn twee formaten beschikbaar:

* Een Excelformaat: dat is het standaardformaat: het document neemt een regel per factuur over. De informatie is dus samenvattend.

De Excelbestanden worden naar de instellings-eBox van het betrokken OCMW gestuurd.

* Een XML-formaat: dit is enkel beschikbaar op aanvraag: de bestanden worden via een FTP-kanaal verstuurd.

De OCMW’s ontvangen de afrekeningen MediPrima standaard in Excelformaat, maar zij mogen kiezen om ze te ontvangen in XML-formaat – daar is wel een ontwikkeling voor nodig bij hen.

***Voor de XML:***

*De lokale beheerder of co-beheerder zal een handeling moeten uitvoeren op het Portaal van de Sociale Zekerheid.*

*Wanneer het OCMW nog geen User Technique heeft, moet de User Technique worden aangemaakt en het FTP- of SFTP-kanaal gekozen worden en vervolgens moet de toepassing MediPrima-afrekening worden aangevinkt.*

*Wanneer het OCMW reeds een User Technique heeft, moet de toepassing MediPrima-afrekening aan het FTP- of SFTP-kanaal worden toegevoegd.*

Het genericXmlDocument\_20133 kan worden gerecupereerd op de volgende site:

<https://www.socialsecurity.be/site_fr/employer/applics/payit/general/techlib.htm> (sectie: Generieke uitwisseling).

***Gids beschikbaar voor jullie***

*Voor de OCMW’s die die wensen, bestaat er een gids die de verschillende stappen uitlegt voor het aanmaken van een User Technique en van het FTP- of SFTP-kanaal om de afrekeningen MediPrima te ontvangen.*

***Contact***

*Voor bijkomende vragen over de afrekeningen MediPrima kan het OCMW contact opnemen met de HelpDesk* [*OCMW-CPAS@smals.be*](mailto:OCMW-CPAS@smals.be) *op het volgende nummer: 02/787.58.28 (Fr) of 02/787.58.27 (Nl)*

**Opmerking:** het is niet mogelijk om de afrekeningen te ontvangen in de twee formaten tegelijk: ofwel kiest het OCMW het formaat EXCEL, ofwel het formaat XML.

### Het OCMW verwerkt de facturen

Wanneer een OCMW de te betalen facturen en de afrekening ontvangt, controleert het**,** in functie van het soort zorgen en tenlasteneming onder andere de overeenkomst tussen de verstrekte zorgen en de beslissing van de Raad voor maatschappelijk welzijn.

### Raadpleging van de afrekening door het OCMW

De afrekeningsbestanden kunnen eventueel worden behandeld in de sociale software van het OCMW of in een systeem dat voor het OCMW toegankelijk is Dit kan uiteraard enkel als het OCMW hiervoor de nodige handelingen heeft uitgevoerd (zie hierboven).

### Controle van de afrekeningen en/of de facturen door de OCMW’s

Het OCMW voert de controles voor zijn gedeelte van de afrekeningen en/of de facturen uit op basis van de in de elektronische beslissing omschreven dekking.

Het OCMW stuurt de papieren facturen terug die niet overeenstemmen met deze beslissing naar de zorgverstrekker.

### Betaling door het OCMW

Het OCMW betaalt enkel de kosten van de patiënt terug die gedekt zijn door de beslissing tot tenlasteneming en binnen de grenzen gesteld aan de toekenning van de steun, voorwaarden die vermeld worden in de elektronische beslissing.

**Wanneer een OCMW weigert om bepaalde kosten te betalen aan het ziekenhuis:**

In dat geval zal de zorgverstrekker niet moeten factureren aan het betrokken OCMW en zal hij de factuur aan de patiënt moeten bezorgen.

## Laatste stap: het formulier D

Er zijn nog omstandigheden waar het OCMW een terugbetalingsaanvraag van de medische kosten moet indienen bij de POD MI in het kader van de vroegere procedure.

Wanneer het OCMW de facturen van medische kosten van de verstrekker of van de begunstigde heeft ontvangen en betaald, voert het OCMW elektronisch een terugbetalingsaanvraag in bij de POD MI. Hiervoor gebruikt het OCMW formulier D (kostenstaat):

1. **Formulier D1**:

Dit formulier wordt gebruikt voor de terugbetaalbare kosten waaronder de medische en farmaceutische kosten **buiten ziekenhuis**. Eén enkel formulier groepeert de kosten betreffende een gezin (hoofdbegunstigde en bijkomende begunstigden).

1. **Formulier D2:**

Dit formulier wordt uitsluitend gebruikt voor de medische en farmaceutische kosten in het ziekenhuis. Er is dus een formulier per persoon nodig.

Het OCMW kan zo meerdere formulieren per maand indienen voor eenzelfde persoon.

De termijn om deze formulieren aan de POD MI te bezorgen bedraagt 12 maanden vanaf het einde van het kwartaal waarin de uitgaven werden gedaan, m.a.w., wanneer de prestaties plaatsvonden of werden gestart (Artikel 12 Wet 02/04/65).

Het formulier B van de begunstigde moet de tenlasteneming van de medische hulp oplevert.

## Tot besluit: de inspectie van de POD MI

De dienst inspectie van de POD MI controleert de sociale dossiers van de OCMW’s en meer bepaald de dossiers in verband met MediPrima volgens de modaliteiten die zijn verduidelijkt in zijn inspectiegids.

1. Wanneer de begunstigde in een opvangcentrum verblijft, worden zijn medische kosten ten laste genomen door FEDASIL. De POD MI gebruikt de informatie van het Rijksregister (IT 207) om deze situatie te identificeren. Het onderzoek van de IT 207 volstaat echter niet, omdat de persoon intussen zijn verblijfsrecht kan verliezen. Er is dus een andere controle die nagaat of de persoon zijn verblijfsrecht niet heeft verloren (of hij, bijvoorbeeld, een bevel om het grondgebied te verlaten heeft ontvangen, cf. de IT 206) [↑](#footnote-ref-1)
2. Art. 57 § 2, 1° van de organieke wet voor OCMW’s van 08/07/1976. [↑](#footnote-ref-2)
3. Koninklijk besluit van 12.12.1996 inzake Dringende Medische Hulp. [↑](#footnote-ref-3)
4. .De zorginstellingen zijn gedefinieerd in artikel 1 §3 van de wet van 02/04/1965 betreffende het ten laste nemen van steun verleend door de OCMW’s als: elke instelling of afdeling van een instelling waarin, met of zonder hospitalisatie, een diagnose wordt gesteld of een pathologische toestand wordt behandeld. [↑](#footnote-ref-4)
5. Het OCMW onderzoekt de territoriale bevoegdheid krachtens de bepalingen van de wet van 02/04/1965 en brengt het OCMW op de hoogte dat territoriaal bevoegd is volgens de bepalingen in artikel 58 § 3 van de organieke wet betreffende de OCMW’s van 08/07/1976 [↑](#footnote-ref-5)
6. http://www.riziv.fgov.be/care/nl/nomenclature/ [↑](#footnote-ref-6)
7. Zie « Koninklijk besluit betreffende de elementen van het sociaal onderzoek » [↑](#footnote-ref-7)
8. Wet van 08/06/1976 (OCMW) en KB van 12.12.1996 (DMH). [↑](#footnote-ref-8)
9. Zie “Basisbegrippen”. [↑](#footnote-ref-9)
10. Overeenkomstig artikel 60 § 5, van de organieke wet. Indien de persoon aan wie hulp wordt geboden niet verzekerd is tegen ziekte en invaliditeit, maakt hij het over aan een verzekeringsinstelling van zijn keuze, en bij gebrek aan een dergelijke keuze, aan de Hulpkas voor ziekte en invaliditeitsverzekering. In de mate van het mogelijke wordt er een persoonlijke bijdrage geëist van de betrokkene. [↑](#footnote-ref-10)
11. Artikel 9ter, §3 van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de OCMW’s. [↑](#footnote-ref-11)
12. Omzendbrief van 14.03.2014 betreffende de minimumvoorwaarden voor het sociaal onderzoek in het kader van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie en in het kader van de maatschappelijke dienstverlening door de OCMW’s die overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 april 1965 door de Staat terugbetaald wordt. [↑](#footnote-ref-12)
13. Een principiële beslissing van tenlasteneming bevat geen enkele dekking. De modaliteiten tot tenlasteneming zullen dus moeten gespecificeerd worden bij een latere wijziging van de beslissing tot medische tenlasteneming. Wanneer de zorgverstrekker een principiële beslissing raadpleegt, zal hij enkel de gegevens zien van het OCMW dat er verantwoordelijk voor is. In dit stadium is het niet mogelijk voor de verstrekker om de inhoud van de beslissing te raadplegen. [↑](#footnote-ref-13)
14. Enkel de zorgverstrekkers waarvan het RIZIV-nummer begint met 710 en 720 zijn opgenomen in de eerste fase (zie FAQ’s MediPrima). [↑](#footnote-ref-14)
15. Dat wil zeggen, dat de begindatum van de prestatie buiten de geldigheidsperiode van de dekking voor de desbetreffende zorgcategorie valt. [↑](#footnote-ref-15)
16. De wijze van het communiceren van de beslissing aan de POD MI – het verband tussen de formulieren A en B van PRIMA en de beslissing tot tenlasteneming van de zorgen – varieert naar gelang de fase van het project. [↑](#footnote-ref-16)
17. De wijze van het communiceren van de beslissing aan de POD MI – het verband tussen de formulieren A en B van PRIMA en de beslissing tot tenlasteneming van de zorgen – varieert naar gelang de fase van het project. [↑](#footnote-ref-17)
18. Wanneer een beslissing vervallen is, is er een nieuwe beslissing noodzakelijk, hetgeen een nieuwe beslissing tot medische tenlasteneming tot gevolg heeft. [↑](#footnote-ref-18)
19. Deze mutatie wordt slechts aangemaakt indien het systeem, bij de wijziging van een beslissing, een verandering in de verzekerbaarheid vaststelt. [↑](#footnote-ref-19)
20. Ter herinnering, het INSZ is ofwel het Rijksregisternummer ofwel het Bis-nummer [↑](#footnote-ref-20)
21. Deze mutatie wordt slechts aangemaakt indien het systeem, bij de wijziging van een beslissing, een verandering in de verzekerbaarheid vaststelt. [↑](#footnote-ref-21)
22. De refundcode komt overeen met een welbepaalde situatie van een persoon « inschrijving register, soort verblijfstatuut, verzekerbaarheid, inkomens) die het terugbetalingspercentage van de Staat voor de medische en farmaceutische kosten bepaalt. Om een overzicht van de bestaande refundcodes te krijgen, zie document “Refundcodes” op site van de POD Maatschappelijke integratie: [www.mi.be](http://www.mi.be) > e-government-en-webapplicaties>mediPRIMA>Algemeen [↑](#footnote-ref-22)
23. [↑](#footnote-ref-23)
24. Het INSZ-nummer – identificatienummer van de sociale zekerheid – komt meestal overeen met hetzij een rijksregisternummer, hetzij een bis-nummer toegekend door de KSZ. [↑](#footnote-ref-24)
25. Dit verbintenisnummer wordt niet opgeslagen maar kan opnieuw worden gevormd door de HZIV op basis de factuurgegevens of van een sleutel. [↑](#footnote-ref-25)
26. Dit blijft behouden om:

    te voldoen aan de eisen van de boekhoudkundige regels van de OCMW’s.

    kleine OCMW’s die weinig medische hulpaanvragen moeten verwerken, geen grote informaticaontwikkelingen op te leggen. [↑](#footnote-ref-26)
27. Beschreven in het document “Instructies aan de verplegingsinrichtingen, aan de erkende laboratoria voor klinische biologie, aan de verpleegkundigen en alle andere inrichtingen of verstrekkers die gebruik maken van het systeem van aflevering van facturatiebestanden en aan verzekeringsinstellingen”, RIZIV – gezondheidszorg. [↑](#footnote-ref-27)