



POD | Maatschappelijke Integratie
SPP | Intégration Sociale

MediPrima – huisartsen

Handleiding voor softwarebedrijven voor Huisartsen

Table of Contents

1	Samengevat.....	3
2	Inleiding.....	4
3	Raadplegingsproces.....	5
4	Raadpleging van de tenlasteneming van de patiënt (MediPrima).....	6
4.1	Aanvraag.....	6
4.1.1	Waar het identificatienummer van de patiënt vinden?.....	6
4.1.2	Mogelijke fouten.....	6
4.2	Antwoord.....	8
4.2.1	Mogelijke fouten.....	9
5	Raadpleging van de tarifiering (eTarif MediPrima).....	13
5.1	Aanvraag.....	13
5.1.1	Mogelijke fouten.....	13
5.2	Antwoord.....	14
5.2.1	Mogelijke fouten.....	15
6	Opstellen van het DMH-atteest.....	18
7	Elektronische facturatie van de prestaties (eFact MediPrima).....	19
8	Nuttige links.....	21

Historiek van de versies van het document

Versie	Creatiedatum/Wijzigingsdatum	Commentaar
1.0	16/03/2017	Eerste versie

1 Samengevat

De OCMW's voeren beslissingen in die personen dekken voor de terugbetaling van medische zorgen; in het geval van huisartsen moet er een dekking "Dokter" geactiveerd worden.

Met de raadplegingsdienst MediPrima kunnen de details bekeken worden van de beslissing ingevoerd door het OCMW voor de patiënt van de huisarts (periode, terugbetalingspercentage, voorwaarden, ...).

De tarifieringsdienst MediPrima (eTarif MediPrima) zorgt ervoor dat de huisarts weet door wie hij uiteindelijk zal terugbetaald worden voor zijn medische prestaties en hoeveel dit bedraagt per deel (Staat (POD Maatschappelijke Integratie), OCMW, patiënt), in het kader van MediPrima-patiënten.

Met de facturatie dienst MediPrima (eFact MediPrima) kunnen de facturen van de medische prestaties van de huisartsen verstuurd worden voor de MediPrima-patiënten. Ze zullen doorgestuurd worden naar de HZIV die het deel van de Staat zal betalen aan de dienstverlener, in naam van de POD Maatschappelijke Integratie.

Het erkenningsnummer van de verbintenis tot tarief wordt gegeven door de tarifieringsdienst; er wordt een nummer verschaft per gevraagde nomenclatuurcode. Dit erkenningsnummer van de verbintenis tot tarief moet vermeld worden in de elektronische factuur.

2 Inleiding

Met het project MediPrima kunnen de beslissingen tot tenlasteneming voor medische hulp voor rechthebbenden elektronisch beheerd worden door de OCMW's. Hiermee kunnen de zorgverstrekkers eveneens hun prestaties aan deze personen elektronische factureren.

Gezien de grootte van het project wordt het opgedeeld in verschillende fasen.

De eerste fase van het project wou de nodige infrastructuur opstellen en was gericht op prestaties in ziekenhuizen voor een niet-verzekerd en niet-verzekerbare publiek:

- **Personen zonder wettig verblijf:** personen zonder wettig verblijf die behoeftig zijn kunnen gebruikmaken van de Dringende Medische Hulp (DMH)¹. Het betreft de enige hulp die zij kunnen genieten.
- **Niet-verzekerde hulpvragen 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.

De volgende fase (fase 2) beoogt nog steeds hetzelfde publiek, maar breidt het project uit naar de huisartsen; het betreft het voorwerp van dit document.

Deze fase wil de verschillende stappen voorstellen die gevolgd zouden moeten worden door een huisarts wanneer hij een "MediPrima"-patiënt ontvangt.

Hij richt zich voornamelijk tot de softwareproducenten die software ontwikkelen voor huisartsen zodat ze een meer business/functioneel zicht hebben op de diensten. Dit in aanvulling van de technische cookbooks die bestaan voor elke dienst die in dit kader aangehaald zullen worden.

¹ DMH: 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. De DMH dekt in principe alle preventieve en curatieve zorgen, in ziekenhuisomgeving of ambulant.

3 Raadplegingsproces

Wanneer de huisarts een "MediPrima"-patiënt ontvangt dan moet hij een reeks stappen volgen om de financiële tenlasteneming van deze patiënt, de herverdeling van de lasten en tot slot de te ondernemen acties om zijn prestaties te factureren, te kennen.

We beschrijven hier deze stappen.

1. Verzekerbearheid van de patiënt consulteren
 - a. "Klassieke" verzekerbearheid
 - b. Indien negatief, raadpleging van de "MediPrima"-database
2. Raadpleging van de tarifiering voor de geleverde prestaties
3. Indien nodig opstelling van een attest Dringende Medische Hulp
4. Verzending van de factuur met de prestaties

Opmerking: wat betreft de raadpleging van de verzekerbearheid, wordt aangeraden om een enkele knop te ontwikkelen zodat dit voor de gebruiker een enkele actie betreft, en de software de orkestratie van de oproepen laten doen.

Bijvoorbeeld: indien de klassieke verzekerbearheid verwijst naar een negatief antwoord voor de patiënt, automatisch de dienst MediPrima bellen en het resultaat van de twee raadplegingen tegelijk weergeven.

Opmerking: Opgelet: voor de raadpleging van de tarifiering wordt enkel de huisarts toegelaten. In tegenstelling tot de klassieke tarifieringsdienst kan de arts geen externe partner mandateren om deze raadpleging te beheren.

4 Raadpleging van de tenlasteneming van de patiënt (MediPrima)

Dankzij de raadpleging van de verzekeraar van de patiënt kunnen we weten of hij gedekt wordt door een ziekenfonds, of, in ons geval, door een beslissing van een OCMW (beslissing "MediPrima").

Er wordt sterk aangeraden om MediPrima te raadplegen om zeker te zijn dat de patiënt wel degelijk gedekt wordt door een beslissing, en in dit geval, meer details te hebben over de tenlasteneming toegekend door het OCMW. In het geval dat een OCMW bevoegd is, maar dat er geen enkele dekking voor de zorgen wordt toegekend, zal dit ervoor zorgen dat we eveneens weten welk OCMW gecontacteerd moet worden. In alle gevallen vermijdt een raadpleging van MediPrima voor de prestatie en tarifiering financiële risico's voor de zorgverstreker.

4.1 Aanvraag

De raadpleging kan gebeuren via de twee volgende parameters:

- Het identificatienummer van de patiënt (INSZ-nummer of BIS-nummer);
- De datum van de prestatie (datum van de dag).

4.1.1 Waar het identificatienummer van de patiënt vinden?

Momenteel heeft een groot deel van de MediPrima-patiënten geen officieel identificatiedocument. Het OCMW kan hen echter een zogenaamd "MediPrima"-informatieformulier² geven waarin het identificatienummer staat dat gebruikt moet worden tijdens de raadpleging van de tenlasteneming.

4.1.2 Mogelijke fouten

De dienst kan fouten terugsturen wanneer een of meerdere ingevoerde parameters voor de raadpleging niet correct zijn.

- **Het identificatienummer is niet correct**

Het nummer dat u invoerde heeft een verkeerd formaat. Het volgende foutbericht zal verstuurd worden:

```
<Code>MSG00011</Code>  
<Description>The SSIN in request is not valid (checksum error).</Description>
```

Actie: In dit geval vragen we om het ingevoerde nummer te controleren en opnieuw te proberen.

- **De oproep werd gedaan voor een periode**

De mogelijkheid van een raadpleging per periode bestaat in de interface van de voorgestelde dienst, maar kan momenteel enkel gebruikt worden door de ziekenhuizen. Indien een oproep uitgevoerd wordt door een huisarts, dan zal een fout gegenereerd worden door de dienst. Het volgende foutbericht zal verstuurd worden:

² De template van dit document kan geraadpleegd worden op de site van de POD Maatschappelijke Integratie. Zie link [1] in de sectie "Nuttige links".

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="ERROR">
  <ReasonCode>1105-40</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">En tant que médecin, vous ne pouvez pas faire de
recherche sur une période</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">Als huisarts kan u geen opzoeking uitvoeren voor
een periode.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: In dit geval een oproep doen op datum in plaats van periode en opnieuw proberen. Merk op dat een oproep op periode nooit voorgesteld zou moeten worden aan een huisarts in zijn software.

- **De gebruikte datum is niet correct**

Zoals voor de raadpleging van de klassieke verzekeraar, kunnen de huisartsen MediPrima raadplegen voor een datum die maximaal twee maanden in het verleden ligt en niet verder vooruit dan de datum van de dag. Indien niet, zal er een foutmelding verstuurd worden.

Voor een raadpleging verder in het verleden, zal de volgende foutmelding teruggestuurd worden:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="ERROR">
  <ReasonCode>1105-41</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">La date demandée doit être plus grande
qu'aujourd'hui - 2 mois. Veuillez augmenter votre date de recherche</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De begindatum moet groter zijn dan vandaag - 2
maand. Gelieve een recentere begindatum op te geven.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Voor een raadpleging in de toekomst zal de volgende foutmelding teruggestuurd worden:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="ERROR">
  <ReasonCode>1105-42</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">La date demandée ne peut pas commencer après
aujourd'hui. Veuillez indiquer une date de début inférieure à 24/02/2017</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De gevraagde datum kan niet voor vandaag
beginnen. Gelieve een begindatum in te voeren die kleiner is dan 24/02/2017.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: In dit geval vragen we om de raadplegingsdatum te wijzigen zodat deze in het veld van toegelaten data voor raadpleging valt en om opnieuw te proberen.

- **Het identificatienummer van de persoon is veranderd**

Indien het identificatienummer van de patiënt veranderd is, zal er een foutmelding teruggestuurd worden met deze verandering en zal het nieuwe nummer gepreciseerd worden. Het volgende foutbericht zal teruggestuurd worden:

```
<Code>MSG00006</Code>  
<Description>The SSIN given in request has been replaced.</Description>
```

De informatie betreffende het nieuwe INSZ-nummer zal teruggestuurd worden wat betreft het volgende blok:

```
<Information>  
  <FieldName>New SSIN</FieldName>  
  <FieldValue>96012258601</FieldValue>  
</Information>
```

Actie: In dit geval opnieuw een oproep doen met het nieuwe INSZ-nummer.

4.2 Antwoord

Wanneer een beslissing werd ingevoerd door het OCMW en deze overeenstemt met de ingevoerde zoekcriteria, dan zal deze teruggestuurd worden door de dienst MediPrima.

Een elektronische beslissing van tenlasteneming van de zorgen door een OCMW wordt gestructureerd op twee niveaus:

- een globaal niveau dat hoofdzakelijk dient om de bevoegdheid van het OCMW aan te duiden over een gegeven periode voor de patiënt;
- een specifiek niveau genaamd *dekking*, dekking, die rechten opent voor specifieke zorgen (hospitalisatie, ambulante zorg, algemene geneeskunde, ...).

Het OCMW opent een dekking per specifiek zorgdomein dat het wil dekken. De dekking "Dokter" moet bekeken worden om de specifieke tenlasteneming van het OCMW te kennen in het kader van de algemene geneeskunde.

De beslissing herneemt ook de percentages van financiële tenlasteneming, wat betreft de Staat en het OCMW. Als we willen weten hoe de kosten zullen verdeeld worden, dan geldt de volgende regel:

[Tenlasteneming Staat > Tenlasteneming OCMW > Tenlasteneming Patiënt](#)

Met andere woorden: eerst passen we de tenlasteneming van de Staat toe op het RIZIV-tarief, daarna de tenlasteneming OCMW op het resterende gedeelte en tot slot gaat de rest naar de patiënt. Dit zal automatisch berekend worden door de tarifieringsdienst (zie sectie "Raadpleging van de tarifiering").

Merk op dat in het specifieke geval van de huisartsen er beslist werd dat het deel OCMW altijd nul zou zijn om te vermijden dat de arts een factuur naar het OCMW zou moeten sturen voor een klein

bedrag (in bijna alle gevallen zal de POD MI alles voor zijn rekening nemen). In de praktijk zullen we dus de volgende bewering hebben:

Tenlasteneming Staat > Tenlasteneming Patiënt

Ziehier, de meer specifieke gegevens die we kunnen terugvinden in de beslissing van het OCMW:

- Gegevens in verband met de algemene beslissing van het OCMW:
 - o De identificatie van de beslissing (beslissingsnummer en versienummer)
 - o De identificatie van de begunstigde (INSZ of BIS-nummer, naam, voornaam, geslacht, geboortedatum)
 - o De geldigheidsperiode van de beslissing (maximaal een jaar)
 - o Het bevoegde OCMW, creator van de beslissing
- Gegevens over de tenlasteneming van de POD Maatschappelijke Integratie
 - o Percentages van de tenlasteneming van de Staat (hernomen onder het deel "Andere" voor de huisartsen - opgedeeld in het deel ZIV en het deel Remgeld)
 - o Zijn status (legaal, illegaal)
 - o Zijn verzekeraar (ja/nee) - het gaat om de status van verzekeraar van de persoon op het moment van de creatie van de beslissing
 - o Een tekstuele beknopte beschrijving van de situatie van de persoon
 - o De eventuele noodzaak van een DMH-atteest opdat de kosten terugbetaald worden (ja/nee)
- Gegevens over de specifieke dekking voor de huisartsen
 - o De geldigheidsperiode van deze dekking (die anders kan zijn dan die van de algemene beslissing)
 - o De tenlasteneming van het OCMW voor de resterende gedeeltes van de Staat - merk op dat in dit geval, voor de artsen, de tenlasteneming van het OCMW nog steeds "Niets" zal zijn. Dit betreft de volgende delen:
 - ZIV
 - Remgeld
 - Supplementen
 - o Lijst van toegelaten zorgverstrekkers voor de beslissing

Merk op dat de huisarts ook de gegevens in verband met de andere dekkingen geopend door het OCMW zal ontvangen zoals "Hospitalisatie" of "Ambulante zorg". Voor meer informatie over deze dekkingen, zie het specifiek document voor de ziekenhuizen.

Opmerking: de raadplegingsdienst stuurt geen verbintenisnummer terug voor de artsen! (zie hiervoor tarifieringsdienst)

4.2.1 Mogelijke fouten

In het geval dat er geen enkele beslissing gevonden wordt die overeenstemt met de criteria, wordt naar de gebruiker een foutbericht of warning waarin de situatie van de patiënt wordt uitgelegd.

- **Geen beslissing**

In dit geval is de patiënt helemaal niet gekend bij MediPrima; er werd nooit een beslissing gecreëerd voor hem en hij heeft dus geen bevoegd OCMW. Het volgende bericht zal teruggestuurd worden door de dienst:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
  <ReasonCode>1105-01</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">Le bénéficiaire {NISS} ne possède aucune décision de
prise en charge médicale.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De begunstigde {NISS} bezit geen beslissing tot
medische tenlasteneming.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: zich richten tot het OCMW van de gemeente waar de patiënt verblijft of de patiënt terugsturen naar het OCMW van zijn gemeente.

- **Geen beslissing meer**

In dit geval heeft de patiënt al minstens een beslissing gekregen die ingevoerd werd in MediPrima, maar geen enkele komt overeen met de datum van de opzoeking in de aanvraag. Het foutbericht zal aangeven welke het laatste bevoegde OCMW was dat gekend was opdat de zorgverstrekker weet tot wie hij zich moet richten. Het volgende bericht zal teruggestuurd worden door de dienst:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
  <ReasonCode>1105-02</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">Le bénéficiaire {NISS} ne possède pas de décision de
prise en charge médicale active.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De begunstigde {NISS} bezit geen actieve beslissing
tot medische tenlasteneming.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: zich richten tot het OCMW vermeld in het foutbericht of de patiënt terugsturen naar dit OCMW.

- **Geen dekking "Dokter" bepaald**

In dit geval wordt de patiënt gedekt door een beslissing van een OCMW, maar deze laatste heeft het luik "Dokter" niet geactiveerd. De zorgen verleend door de huisarts worden dus niet terugbetaald. Het verstuurd bericht zal het bevoegde OCMW bevatten. Het volgende bericht zal teruggestuurd worden door de dienst:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
  <ReasonCode>1105-05</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
```

<Communication xml:lang="fr">La couverture docteur n'est pas présente. Vous ne pouvez donc pas bénéficier de remboursement dans le cadre de cette décision de prise en charge médicale {mediprima decision number}.</Communication>

<Communication xml:lang="nl">De dekking dokter is niet aanwezig. U kan dus geen terugbetaling genieten in het kader van deze beslissing tot medische tenlasteneming {mediprima decision number}.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>

Actie: zich richten tot het OCMW vermeld in het foutbericht opdat deze de nodige dekking toevoegt, of de patiënt terugstuurt naar dit OCMW.

- **Er bestaat een bepaalde dekking "Dokter", maar de periode ervan past niet**

In dit geval wordt de patiënt gedekt door een beslissing van een OCMW, het luik "Dokter" werd geactiveerd door het OCMW maar de data van dit luik bevatten niet de specifieke data van de opzoeking. De zorgen verleend door de huisarts worden dus niet terugbetaald. Het verstuurd bericht zal het bevoegde OCMW bevatten. Het volgende bericht zal teruggestuurd worden door de dienst:

<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
<ReasonCode>1105-07</ReasonCode>
<Source>ECARMED</Source>
<Communication xml:lang="fr">La couverture docteur est présente mais n'est pas active pour la période du {searchDate} au {searchDate}. Vous ne pouvez donc pas bénéficier de remboursement dans le cadre de cette décision de prise en charge médicale {mediprima card number}.</Communication>
<Communication xml:lang="nl">De dekking dokter is aanwezig, maar is niet actief voor de periode {searchDate} tot {searchDate}. U kan dus geen terugbetaling genieten in het kader van deze beslissing tot medische tenlasteneming {mediprima card number}.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>

Actie: zich richten tot het OCMW vermeld in het foutbericht zodat het de datum van de dekking wijzigt, of de patiënt naar dit OCMW terugsturen.

- **De dokter werd niet toegelaten voor de bepaalde dekking "Dokter"**

In dit geval wordt de patiënt gedekt door een beslissing van een OCMW, het luik "Dokter" is actief en dekt de gevraagde datum, maar de zorgverstreker maakt geen deel uit van de huisartsen toegestaan door het OCMW. De zorgen verleend door de huisarts worden dus niet terugbetaald. Het verstuurd bericht zal het bevoegde OCMW bevatten. Het volgende bericht zal teruggestuurd worden door de dienst:

<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
<ReasonCode>1105-08</ReasonCode>
<Source>ECARMED</Source>
<Communication xml:lang="fr">La décision de prise en charge médicale existe pour la couverture docteur, mais vous n'êtes pas cité dans la liste de prestataire pouvant bénéficier de remboursement dans le cadre de cette décision de prise en charge médicale {mediprima card number}.</Communication>

<Communication xml:lang="nl">De beslissing tot medische tenlasteneming bestaat voor de dekking dokter, maar u bent niet opgenomen in de lijst van zorgverstrekkers om de terugbetaling te genieten in het kader van deze beslissing {mediprima card number}.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>

Actie: zich richten tot het OCMW vermeld in het foutbericht opdat het de huisarts toevoegt aan de toegelaten zorgverstrekkers voor de beslissing, of de patiënt terugsturen naar dit OCMW.

o **De beslissing opent de nodige rechten, maar heeft de status "In afwachting"**

In dit geval bestaat er een beslissing voor de patiënt en komt deze wel overeen met de zoekcriteria, maar heeft de status "In afwachting". Dit geeft aan dat er automatisch een wijziging gevonden werd door het systeem MediPrima voor deze beslissing (INSZ, status van de begunstigde, ...) en dat het OCMW een actie moet uitvoeren om de beslissing opnieuw te activeren. Het volgende bericht zal teruggestuurd worden door de dienst:

<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
<ReasonCode>1105-43</ReasonCode>
<Source>ECARMED</Source>
<Communication xml:lang="fr"> La décision de prise en charge {mediprima card number} est suspendue. Veuillez contacter le CPAS gestionnaire de la décision de prise en charge pour la réactiver. Momentanément, il n'y a pas de garantie que les soins du patient seront pris en charge.
</Communication>

<Communication xml:lang="nl"> De beslissing tot tenlasteneming {mediprima card number} is geschorst. Gelieve contact op te nemen met het verantwoordelijk OCMW van de beslissing tot tenlasteneming om deze te reactiveren. Momenteel is het niet gegarandeerd dat de zorgen van de patiënt ten laste worden genomen.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>

Actie: zich richten tot het OCMW van de gemeente waar de patiënt verblijft om hem te vragen de beslissing opnieuw te activeren, of de patiënt terugsturen naar het OCMW van zijn gemeente.

5 Raadpleging van de tarifiering (eTarif MediPrima)

De tarifieringsdienst gebruikt in het kader van MediPrima is gelijkaardig aan de dienst tarifiering gebruikt voor de klassieke verzekerden met enkele specifieke kenmerken eigen aan MediPrima. Het doel is de verdeling van de kosten terug te sturen naar de gebruiker voor een (of meerdere) nomenclatuurcode(s), een gegeven INSZ en prestatiedatum om de facturatie van de zorgverstrekker te vergemakkelijken.

De tarifiering MediPrima onderscheidt zich hier van de klassieke tarifiering in die zin dat de verdeling van de kosten verloopt tussen Staat (POD Maatschappelijke Integratie), OCMW en Patiënt. De dienst stuurt eveneens enkele gegevens terug die specifiek zijn aan de beslissing MediPrima, die gebruikt zullen moeten worden bij de factuur van de prestatie alsook een verbintenisnummer per nomenclatuurcode.

De HZIV is de verzekeringsinstelling die instaat voor het berekenen van deze verdeling van de kosten, op basis van een beslissing MediPrima (dezelfde als die teruggestuurd wordt door de raadplegingsdienst MediPrima).

5.1 Aanvraag

De aanvraagparameters te gebruiken voor de tarifiering MediPrima zijn dezelfde als voor de klassieke tarifiering. De gegevens die u dan moet invoeren, zijn de volgende:

- Het identificatienummer van de patiënt (INSZ-nummer of BIS-nummer);
- De datum van de prestatie;
- Een of meerdere nomenclatuurcodes voor de uitgevoerde prestatie(s).

Opgelet: betreffende de identificatie van de patiënt, kan enkel het INSZ-nummer (of BIS-nummer) gebruikt worden.

5.1.1 Mogelijke fouten

De dienst kan fouten terugsturen wanneer een of meerdere van de ingevoerde parameters voor de tarifieringsaanvraag incorrect is.

- **Het identificatienummer is niet correct**

Het ingevoerde nummer heeft een verkeerd formaat. De volgende verwerpingscode zal teruggestuurd worden:

```
<kmehr:cd S="CD-ERROR" SV="1.0">111</kmehr:cd>
```

Actie: In dit geval het ingevoerde nummer controleren en opnieuw proberen.

- **De nomenclatuurcode is niet correct**

De nomenclatuurcode die ingevoerd is, komt niet overeen met de tarifieringsaanvraag. Verschillende redenen zijn mogelijk. Het kan gaan om een onbestaande nomenclatuurcode, om een nomenclatuurcode die geen huisartsenprestatie betreft.

De verwerpingscode zal teruggestuurd worden als de nomenclatuurcode onbestaande is:

```
<kmehr:cd S="CD-ERROR" SV="1.0">130</kmehr:cd>
```

De volgende verwerpingscode zal teruggestuurd worden als de nomenclatuurcode geen huisartsenpresatie betreft:

```
<kmehr:cd S="CD-ERROR" SV="1.0">171</kmehr:cd>
```

Actie: een correcte nomenclatuurcode voor huisartsen gebruiken.

○ **De gebruikte datum is niet correct**

Zoals voor de raadpleging kunnen de tarifieringsaanvragen enkel aangevraagd worden voor de prestatiedata tussen de datum van de dag - 2 maanden en de datum van de dag. Indien niet, zal er een foutmelding verstuurd worden.

Voor een raadpleging verder in het verleden zal de volgende verwerpingscode teruggestuurd worden:

```
<kmehr:cd S="CD-ERROR" SV="1.0">166</kmehr:cd>
```

Voor een raadpleging die te ver in de toekomst ligt zal de volgende verwerpingscode teruggestuurd worden:

```
<kmehr:cd S="CD-ERROR" SV="1.0">146</kmehr:cd>
```

5.2 Antwoord

Het antwoord dat zal teruggestuurd worden door de tarifieringsdienst zorgt er hoofzakelijk voor dat de verdeling van de kosten tussen het deel Staat, het deel OCMW en het deel Patiënt uitgelegd kan worden.

De volgende gegevens zullen teruggestuurd worden:

- Identificatie van de patiënt
 - Zijn identificatienummer (INSZ-nummer of BIS-nummer);
 - Zijn naam en voornaam;
 - Zijn geslacht.
- De tarifieringsgegevens, per gevraagde nomenclatuurcode (evenveel blokken als nomenclatuurcodes):
 - De datum van de prestatie (overeenstemmend met de datum die aangevraagd werd);
 - Het RIZIV-tarief van de prestatie;
 - Het deel ten laste genomen door de Staat;
 - Het deel ten laste genomen door het OCMW;

- Het deel ten laste genomen door de patiënt (remgeld);
- Een erkenningsnummer voor verbintenis tot tarief - dit nummer is geldig voor de dag van de prestatie en garandeert de terugbetaling van het deel van de Staat ;
- De identificatie van het bevoegde OCMW voor de gebruikte MediPrima-beslissing (zijn KBO-nummer, alsook de naam in het Frans en het Nederlands);
- Het nummer van de beslissing, alsook het versienummer van de beslissing dat gebruikt werd door de HZIV om de verdeling van de kosten te berekenen;
- Een flag "Ja/Nee" die aangeeft of de huisarts al dan niet een attest van Dringende Medische Hulp (DMH) moet afleveren om de terugbetaling van de zorgen te kunnen genieten.

Merk op dat het deel OCMW aanvankelijk nog steeds nul zal zijn.

Deze gegevens zijn natuurlijk interessant voor de zorgverstreker, maar hun voornaamste belang is om gebruikt te worden tijdens de facturatie. De sectie "Elektronische facturatie van de prestaties" legt meer in detail uit hoe de ontvangen gegevens tijdens een tarifieringsaanvraag gebruikt worden.

5.2.1 Mogelijke fouten

In het geval dat er geen enkele beslissing gevonden wordt die overeenstemt met de criteria, wordt naar de gebruiker een foutbericht of warning teruggestuurd waarin de situatie van de patiënt wordt uitgelegd.

- **Geen beslissing**

In dit geval is de patiënt helemaal niet gekend bij MediPrima; er werd nooit een beslissing gecreëerd voor hem en hij heeft dus geen bevoegd OCMW. De verwerpingscode zal teruggestuurd worden door de dienst:

```
<kmehr:cd S="CD-ERROR" SV="1.0">202</kmehr:cd>
```

Actie: zich richten tot het OCMW van de gemeente waar de patiënt verblijft of de patiënt terugsturen naar het OCMW van zijn gemeente.

- **Geen beslissing meer**

In dit geval heeft de patiënt al minstens een beslissing gekregen die ingevoerd werd in MediPrima, maar geen enkele komt overeen met de datum van de opzoeking in de aanvraag. De verwerpingscode zal teruggestuurd worden door de dienst:

```
<kmehr:cd S="CD-ERROR" SV="1.0">201</kmehr:cd>
```

Actie: zich beroepen op de MediPrima-raadpleging om het bevoegde OCMW te kennen en zich richten tot dit OCMW, of de patiënt naar dit OCMW terugsturen.

- **Geen dekking "Dokter" bepaald**

In dit geval wordt de patiënt gedekt door een beslissing van een OCMW, maar deze laatste heeft het luik "Dokter" niet geactiveerd. De zorgen verleend door de huisarts worden dus niet terugbetaald. De verwerpingscode zal teruggestuurd worden door de dienst:

<kmehr:cd S="CD-ERROR" SV="1.0">207</kmehr:cd>

Actie: zich beroepen op de MediPrima-raadpleging om het bevoegde OCMW te kennen en zich richten tot dit OCMW opdat het de nodige dekking toevoegt, of de patiënt terugsturen naar dit OCMW.

- **Er bestaat een bepaalde dekking "Dokter", maar de periode ervan past niet**

In dit geval wordt de patiënt gedekt door een beslissing van een OCMW, het luik "Dokter" werd geactiveerd door het OCMW maar de data van dit luik bevatten niet de specifieke data van de opzoeking. De zorgen verleend door de huisarts worden dus niet terugbetaald. De verwerpingscode zal teruggestuurd worden door de dienst:

<kmehr:cd S="CD-ERROR" SV="1.0">206</kmehr:cd>

Actie: zich beroepen op de MediPrima-raadpleging om het bevoegde OCMW te kennen, en zich richten tot dit OCMW opdat het de data van de dekking wijzigt, of de patiënt naar dit OCMW terugsturen.

- **De dokter werd niet toegelaten voor de bepaalde dekking "Dokter"**

In dit geval wordt de patiënt gedekt door een beslissing van een OCMW, het luik "Dokter" is actief en dekt de gevraagde datum, maar de zorgverstrekker maakt geen deel uit van de huisartsen toegestaan door het OCMW. De zorgen verleend door de huisarts worden dus niet terugbetaald. De verwerpingscode zal teruggestuurd worden door de dienst:

<kmehr:cd S="CD-ERROR" SV="1.0">204</kmehr:cd>

Actie: zich beroepen op de MediPrima-raadpleging om het bevoegde OCMW te kennen, en zich richten tot dit OCMW opdat het de huisarts toevoegt aan de prestaties toegelaten voor de beslissing, of de patiënt terugsturen naar dit OCMW.

- **De beslissing opent de nodige rechten, maar heeft de status "In afwachting"**

In dit geval bestaat er een beslissing voor de patiënt en komt deze goed overeen met de zoekcriteria, maar heeft de status "In afwachting". Dit geeft aan dat er automatisch een wijziging gevonden werd door het systeem MediPrima voor deze

beslissing (INSZ, status van de begunstigde, ...) en dat het OCMW een actie moet uitvoeren om de beslissing opnieuw te activeren. De verwerpingscode zal teruggestuurd worden door de dienst:

<kmehr:cd S="CD-ERROR" SV="1.0">203</kmehr:cd>

Actie: zich beroepen op de MediPrima-raadpleging om het bevoegde OCMW te kennen, en zich richten tot dit OCMW om het te vragen de beslissing opnieuw te activeren, of de patiënt terugsturen naar dit OCMW.

6 Opstellen van het DMH-attest

In bepaalde gevallen, om de terugbetaling van de zorgen te kunnen genieten, moet er een attest voor Dringende Medische Hulp (DMH) afgeleverd worden.

Deze informatie - weten of een DMH-attest nodig is of niet - is beschikbaar via de MediPrima-raadpleging.

Aanvankelijk zal het DMH-attest op papier³ afgeleverd moeten worden, maar op termijn zal een webservice ervoor moeten zorgen dat er een elektronisch formaat kan gecreëerd worden.

Het zal voornamelijk de volgende gegevens moeten hernemen:

- Begindatum van de prestatie/hospitalisatie
- Het soort zorgen (ziekenhuisverblijf, raadpleging arts, medicatie, ...)
- Eventuele opmerkingen in verband met het soort zorgen
- Gegevens patiënt (INSZ-nummer, naam/voornaam, geboortedatum)
- Voorschrijvende arts (RIZIV-nummer, naam/voornaam)
- Datum van aflevering van het attest
- Handtekening

Dit attest zal geen enkel medisch gegeven of gegeven in verband met de behandelde pathologie(ën) bevatten.

Opmerking: opgelet dat de lijst met over te nemen gegevens op dit attest onderworpen is aan veranderingen.

³ De template van dit document kan geraadpleegd worden op de site van de POD Maatschappelijke Integratie. Zie link [2] in de sectie "Nuttige links".

7 Elektronische facturatie van de prestaties (eFact MediPrima)

In het kader van MediPrima is de verzekeringsinstelling waarnaar de facturen verstuurd moeten worden de HZIV. Deze vervangt de POD Maatschappelijke Integratie zodat het deel van de Staat aan de zorgverstreker wordt terugbetaald (en ze wordt zelf vervolgens terugbetaald door de POD Maatschappelijke Integratie). Hierdoor kunnen de terugbetalingen naar de zorgverstreker sneller uitgevoerd worden.

De facturatie in het kader van een MediPrima-patiënt volgt hetzelfde formaat als een facturatie voor een klassieke verzekerde. Bijkomende specifieke informatie voor MediPrima moet nog gepreciseerd worden.

Een specifieke dienst dient gebruikt te worden om de MediPrima-facturen te versturen⁴.

Voor meer gedetailleerde informatie over het specifiek formaat MediPrima verwijzen we hier naar de specifieke facturatie-instructies voor MediPrima voor de huisartsen⁵.

We hernemen hieronder de gegevens die specifiek zijn voor MediPrima voor de facturatie en de plaats waar deze gegevens verkregen kunnen worden:

Record 25

Zone	Dienst	Veld
38 (KBO-nummer OCMW)	Tariferingsdienst MediPrima	Pswc – ID-CBE
56-58 (Beslissingsnummer MediPrima)	Tariferingsdienst MediPrima	Mediprimanummer – ID-MEDIPRIMA
59 (Versienummer van de beslissing MediPrima)	Tariferingsdienst MediPrima	Mediprimanummer – ID-MEDIPRIMA, attribut SV

Record 50

Zone	Dienst	Veld
12 (Bedrag ten laste van de Staat (POD MI))	Tariferingsdienst MediPrima	Reimbursement - fpssi
38 (Bedrag ten laste van de patiënt)	Tariferingsdienst MediPrima	Reimbursement - pswc
56-58 (Bedrag ten laste van het OCMW)	Tariferingsdienst MediPrima	Patientfee

Record 51

Zone	Dienst	Veld
19 (Bedrag ten laste van de Staat (POD MI))	Tariferingsdienst MediPrima	Reimbursement – fpssi

⁴ De documentatie op de SharePoint van MyCareNet bekijken - cfr. link [3] van de sectie "Nuttige links".

⁵ De documentatie op de site van de HZIV bekijken - cfr. link [4] van de sectie "Nuttige links".

27 (Code dekking)	Tariferingsdienst MediPrima	Gebaseerd op de percentages van tenlasteneming van de POD MI, zie sectie: CarmedContent > RefundPodmiSppis > PodmiSppisPart > OtherPart
42-45 (Erkenningsnummer van de verbintenis tot tarief)	Tariferingsdienst MediPrima	Financialcontract met betrekking tot de nomenclatuurcode hernomen in de lopende invoering
55 (Raadplegingsdatum wordt gebruikt als parameter voor tarifiering)	Tariferingsdienst MediPrima	Datum waarop de raadpleging werd uitgevoerd (kan verschillend zijn van de datum vermeld door de zorgverstreker tijdens zijn tariefaanvraag)

8 Nuttige links

[1] *Bijlage 3 - Informatieformulier met betrekking tot de medische hulp*, <https://www.mis.be/nl/tools-ocmw/mediprima>

[2] *Attest DRINGENDE MEDISCHE HULP voor een vreemdeling zonder wettig verblijf*, <https://www.mis.be/nl/tools-ocmw/mediprima>

[3] *eFact MediPrima*,
<https://share.intermut.be/home/MyCareNet/chapterIV/extranet/pages/Applications.aspx>

[4] *Facturatie instructies MediPrima fase 2*, <https://www.caami-hziv.fgov.be/nl/mediprima>