



Accords Médecins Conseils

Médicaments Chapitre IV

Description des services

Pour toute information complémentaire : www.mycarenet.be

Table des matières

1	Introduction.....	4
1.1	Situation actuelle.....	4
1.2	Objectif à long terme	5
1.3	Vue globale des intervenants	6
1.4	Quelques notions.....	7
1.4.1	Modes de transmission.....	7
1.4.2	Types d'accords	7
1.4.3	Modèles.....	7
2	Demande d'accord médecin conseil	8
2.1	Description générale du service	8
2.1.1	Schéma.....	8
2.1.2	Description.....	9
2.1.3	Phases du projet	9
2.1.4	Types de demande.....	10
2.2	Nouvelle demande	11
2.2.1	Demande	11
2.2.2	Réponse.....	11
2.2.3	Contrôles primaires : pour décision si rejet.	11
2.2.4	Contrôles de la demande : pour décision si accord ou refus.....	12
2.3	Prolongation (continue ou non continue).....	14
2.3.1	Demande	14
2.3.2	Réponse.....	14
2.3.3	Contrôles primaires : pour décision si rejet	14
2.3.4	Contrôles de la demande : pour décision si accord ou refus.....	14
2.4	Annexe complémentaire	15
2.4.1	Situations d'envoi d'annexe complémentaire	15
2.4.2	Demande	15
2.4.3	Réponse.....	15
2.4.4	Contrôles primaires : pour décision si rejet	15
2.4.5	Traitement de l'annexe complémentaire.....	16
2.5	Annulation.....	17
2.5.1	Situations d'envoi d'une annulation	17
2.5.2	Demande	17
2.5.3	Réponse.....	17
2.5.4	Contrôles primaires : pour décision si rejet	17
2.5.5	Traitement de l'annulation.....	18
2.6	Clôture.....	19
2.6.1	Situations d'envoi d'une clôture	19
2.6.2	Demande	19

2.6.3	Réponse.....	19
2.6.4	Contrôles primaires : pour décision si rejet	19
2.6.5	Traitement de la clôture	20
3	Consultation des accords Médecin Conseil	21
3.1	Description générale du service	21
3.1.1	Schéma.....	21
3.1.2	Description.....	21
3.2	Consultation par un médecin	23
3.2.1	Conditions	23
3.2.2	Demande de consultation	23
3.2.3	Réponse à une consultation.....	23
3.2.4	Contrôles primaires : pour décision si rejet	24
3.2.5	Traitement de la demande de consultation.....	24
3.3	Consultation par un pharmacien	25
3.3.1	Conditions	25
3.3.2	Demande de consultation	25
3.3.3	Réponse à une consultation.....	25
3.3.4	Contrôles primaires : pour décision si rejet	25
3.3.5	Traitement de la demande de consultation.....	26
4	Enregistrement des délivrances.....	27
4.1	Description générale du service	27
4.1.1	Schéma.....	27
4.1.2	Description.....	27
5	Enregistrement des justifications	29
5.1	Description générale du service	29
5.1.1	Schéma.....	29
5.1.2	Description.....	29

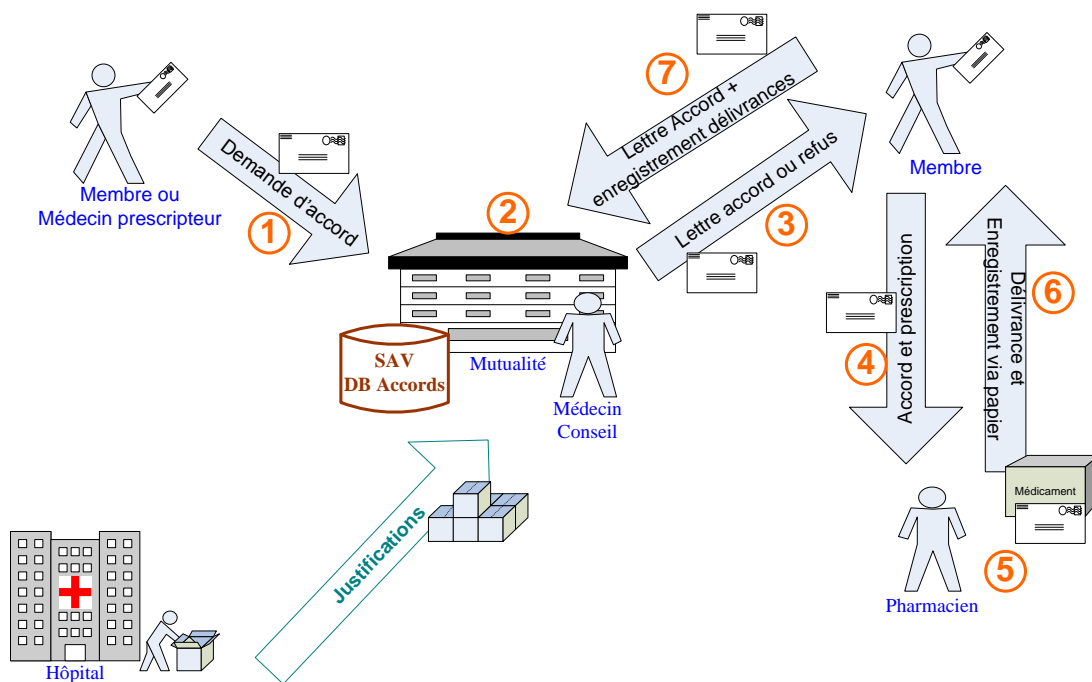
1 Introduction

Le projet d'échanges de données électroniques concernant les accords médecins conseils médicaments chapitre IV entre les prestataires de soins et les organismes assureurs s'inscrit dans un contexte plus large d'échanges de données électroniques des accords médecins conseils en général.

Les services offerts dans le cadre des accords médecins conseils médicaments chapitre IV sont :

- Demande d'accord Médecin Conseil
- Consultation d'accord Médecin Conseil
- Enregistrement des délivrances
- Enregistrement des justifications

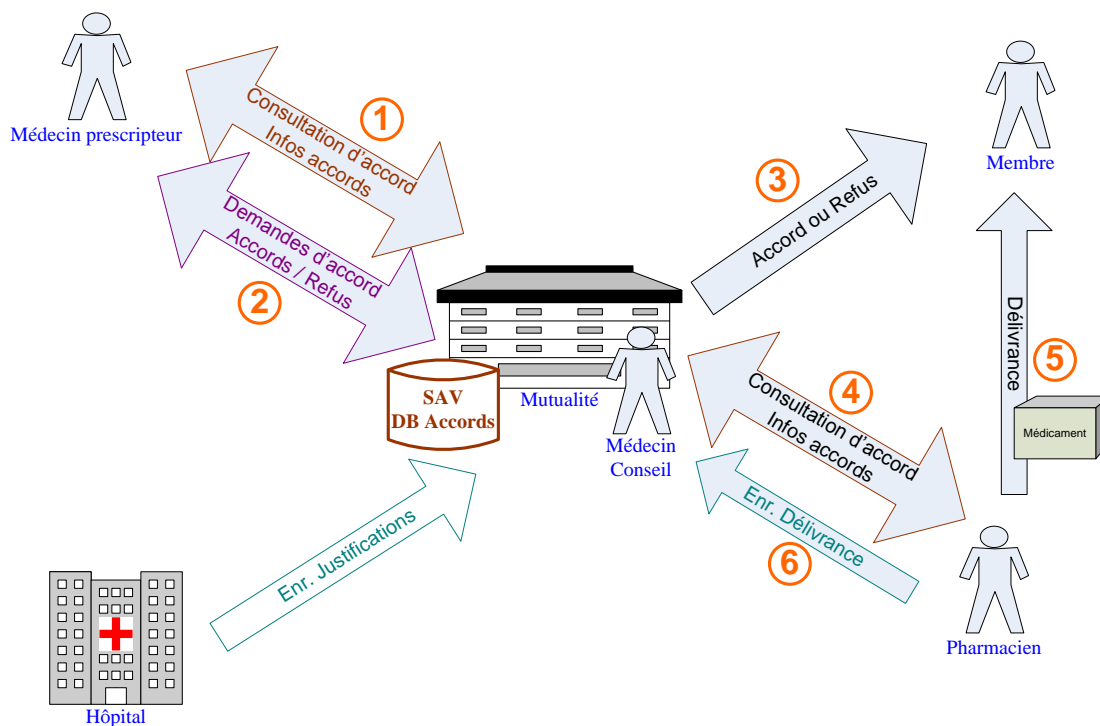
1.1 Situation actuelle



Le médecin prescripteur rédige une demande d'accord médicament chapitre IV à l'attention du médecin conseil de l'organisme assureur auquel le patient est affilié. Le médecin ou le patient envoie la demande à la mutualité. Le médecin conseil prend une décision qui est encodée dans la base de données de la mutualité. Cette décision est envoyée au patient via courrier. Le patient va chez le pharmacien qui délivre le médicament sur base de la prescription du médecin et de l'accord du médecin conseil que le patient lui présente. Dans certains cas, le pharmacien indique la délivrance sur le document d'accord dont dispose le patient. Lorsque l'accord arrive à échéance, le patient renvoie l'accord à la mutualité en vue d'obtenir, par exemple, une prolongation.

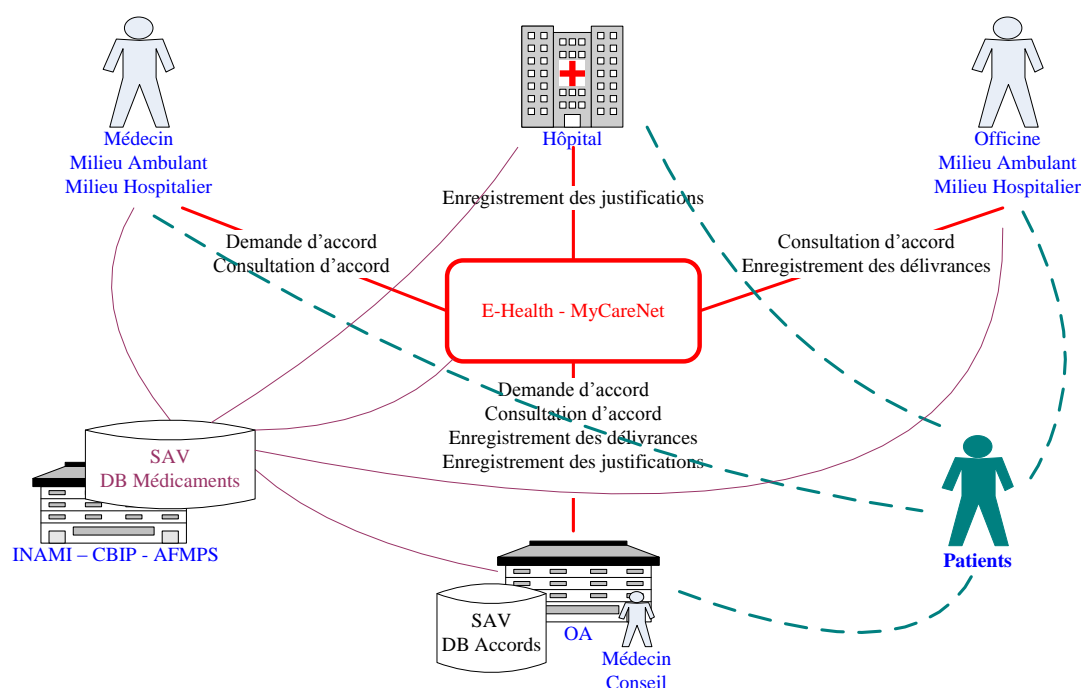
Les hôpitaux, quant à eux, envoient les justifications pour les médicaments chapitre IV délivrés hors forfaits aux organismes assureurs, chaque mois ou chaque trimestre, au moment de la facturation.

1.2 Objectif à long terme



Le médecin prescripteur pourra consulter en ligne les accords de son patient.
 Il pourra également envoyer une demande d'accord à la mutualité. Il recevra sa réponse directement : que ce soit un accord ou un refus, ou encore une mise en attente d'une décision du médecin conseil prise ultérieurement.
 La décision du médecin conseil sera toujours envoyée au patient.
 Le pharmacien pourra consulter en ligne si un accord existe pour un médicament prescrit.
 Dans un premier temps, il indiquera toujours la délivrance sur le document du patient.
 Dans une phase ultérieure, le pharmacien pourra enregistrer en ligne la délivrance auprès de la mutualité.
 Les hôpitaux, quant à eux, pourront envoyer les justifications de manière électronique.

1.3 Vue globale des intervenants



Il s'agit d'un projet d'échange de données électroniques entre différents partenaires :

- Les **médecins**, en milieu ambulatoire et hospitalier
- Les **pharmaciens**, en milieu ambulatoire et hospitalier
- Les **hôpitaux**
- Les **Médecins Conseils** des **OAs**, avec qui les prestataires de soins pourront communiquer par voie électronique via la plate-forme centrale **e-Health et MyCareNet**.
- Les **sources authentiques validées des Accords médecins conseils** qui se trouvent dans les OAs.
- Les médecins pourront faire leurs demandes d'accords et consulter les accords existants.
- Pour la création des demandes, les médecins pourront utiliser la base de données SAM (la source authentique validée des médicaments, développée par l'INAMI, FAGG et BCFI)
- Cette sources authentiques validées des médicaments sera également utilisée par les OAs pour gérer les accords, et sera à la disposition des prestataires de soins.
- Les pharmaciens auront la possibilité de consulter les accords et à terme, d'enregistrer les délivrances.
- Outre les autres services disponibles pour les médecins et pharmaciens des hôpitaux, ceux-ci seront également amenés à utiliser le service d'enregistrement des justifications.
- Les **patients** qui sont en contact avec chaque type de prestataire de soins.

1.4 Quelques notions

1.4.1 Modes de transmission

Ces communications électroniques pourront être réalisées :

- En mode synchrone (Phase 1)

Réponse ‘directe’, dans les secondes qui suivent la requête.

- En mode asynchrone (Phase 2)

Mise à disposition d’une réponse en ‘différé’, dans les jours qui suivent la requête.

1.4.2 Types d’accords

On fera la distinction entre 2 types d’accords :

- Type 1 : Les accords pour lesquels le médecin conseil estime qu’à ce moment-là un accord administratif électronique peut être d’application. Dans ce cas, une décision ‘directe’ est possible (en mode synchrone). Il s’agit de demandes d’accord pour lesquelles il n’y a pas d’annexe à envoyer au médecin conseil.
- Type 2 : Les accords pour lesquels le médecin conseil estime qu’à ce moment-là il doit faire un contrôle personnel. Dans ce cas, la décision sera prise ultérieurement par le médecin conseil (‘en différé’). La réponse renvoyée en mode ‘synchrone’ sera alors une mise en attente de la décision du médecin conseil. Il s’agit de demandes d’accord pour lesquelles il n’y a aucune, une, ou plusieurs annexes à envoyer au médecin conseil.

Qu’il s’agisse d’un accord type 1 ou type 2, le médecin conseil reste à tout moment responsable de la décision, et de choisir si la demande peut être traitée comme un type 1 ou un type 2.

1.4.3 Modèles

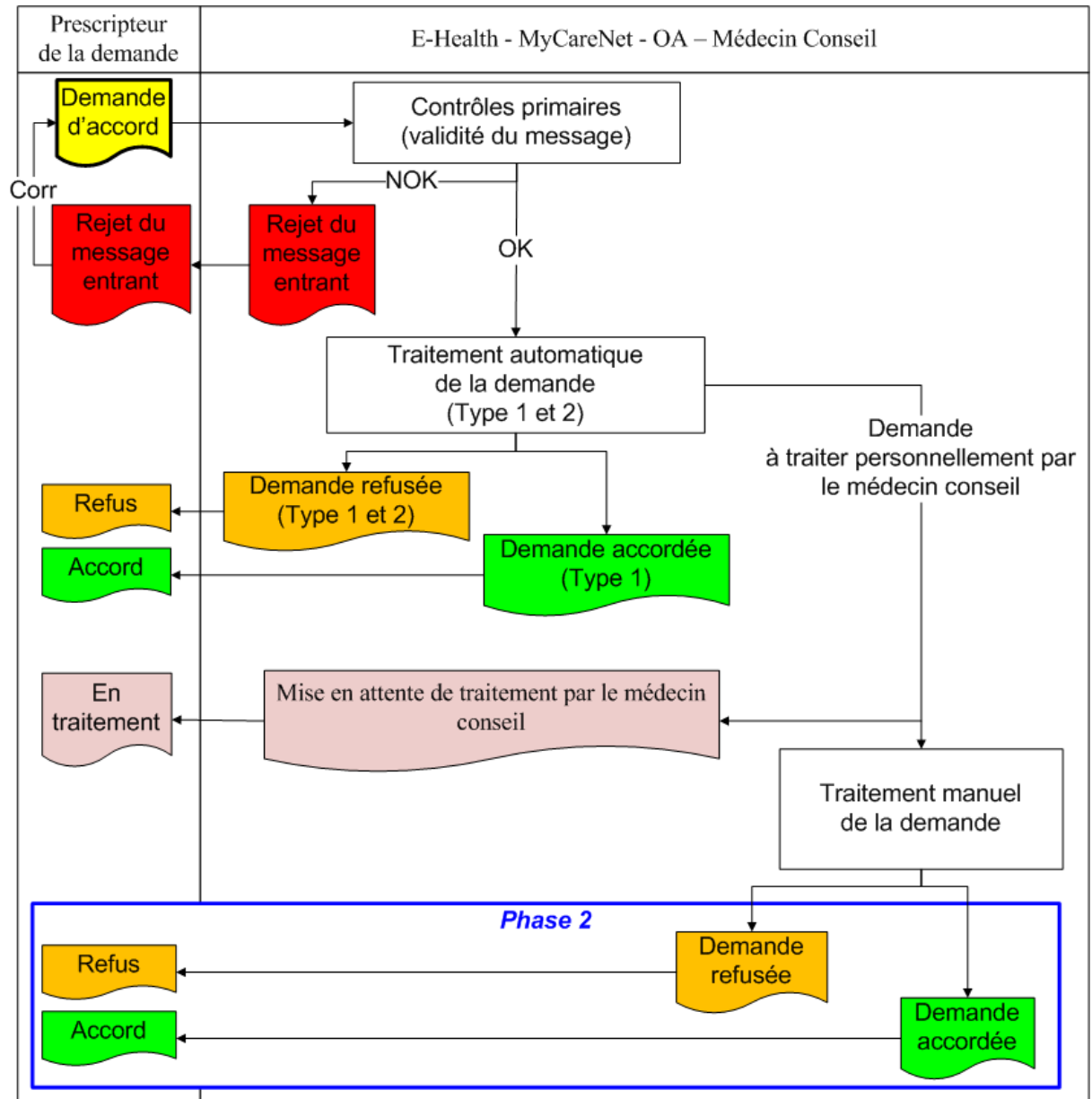
On distingue 2 modèles d’accords :

- Les accords qui sont donnés sur une période. Il s’agit des modèles B et D.
- Les accords qui sont donnés pour un nombre de conditionnements sur une période. Il s’agit des modèles C et E.

2 Demande d'accord médecin conseil

2.1 Description générale du service

2.1.1 Schéma



2.1.2 Description

Ce service est disponible pour les médecins prescripteurs en milieu ambulant et en milieu hospitalier.

Le médecin prescripteur réalise sa demande d'accord via son logiciel ou via la Web Application.

Le médecin prescripteur envoie sa demande vers le système MyCareNet, via e-Health.

Le système MyCareNet fait suivre la demande vers l'organisme assureur auquel le patient est affilié. Pour cela, MycareNet se base sur le NISS du patient et sur la date de début demandée afin de déterminer à quel OA le patient est affilié.

Si un problème apparaît lors de la transmission du message vers l'OA par le système MyCareNet, celui-ci renverra le message à l'expéditeur avec des informations concernant les erreurs rencontrées.

Le système informatique de l'OA réceptionne le message et réalise des contrôles primaires (validité du message). Si le message est incorrect (dans sa structure), il est renvoyé à l'expéditeur avec des informations concernant les erreurs rencontrées.

Si le message a une structure correcte, il est traité par l'OA.

Certaines demandes (sans annexe) pourront être 'accordées' ou 'refusées' directement (en mode synchrone). Le médecin prescripteur recevra alors sa réponse dans les secondes qui suivent.

D'autres demandes nécessiteront une intervention manuelle du médecin conseil (ex : analyse des annexes). Dans ce cas, l'OA enverra directement un message au médecin prescripteur indiquant que la demande sera traitée ultérieurement par le médecin conseil.

Dans une seconde phase du projet, pour les demandes qui doivent être analysées par le médecin conseil personnellement, une réponse sera envoyée dans les jours qui suivent au médecin prescripteur via MyCareNet.

Dans tous les cas, la décision sera envoyée au patient via courrier.

2.1.3 Phases du projet

Le projet sera développé en 2 phases :

2.1.3.1 Phase 1 : Mode synchrone.

Dans un premier temps, on implémentera le mode synchrone. Les médecins pourront envoyer leurs demandes vers les OAs par voie électronique. Ils recevront une réponse synchrone :

- Soit un rejet (contrôles primaires)
- Soit un accord (Dans certains cas et uniquement pour les demandes sans annexe de type 1)
- Soit un refus (conditions non remplies)
- Soit une mise en attente. Il s'agit alors d'un message 'en traitement' qui permet d'indiquer que la demande sera traitée par le médecin conseil aussitôt que possible et que l'accord sera envoyé au patient via courrier papier. Dans ce cas, dans la phase 1, il n'y aura pas encore de communication électronique de l'accord ou du refus vers le médecin prescripteur.

2.1.3.2 Phase 2 : Mode synchrone + asynchrone.

Dans un second temps, on implémentera également le mode asynchrone. Cela signifie que lorsque le médecin conseil prend sa décision, il lui sera possible d'envoyer la réponse (accord ou refus) en différé par voie électronique vers le médecin prescripteur. La décision sera toujours envoyée au patient via courrier

2.1.4 Types de demande

Ce service permet d'envoyer 5 types de demandes différents :

- Nouvelle demande
- Prolongation (continue ou non continue)
- Annexe complémentaire
- Annulation
- Clôture

Les nouvelles demandes et les prolongations sont des demandes d'accord pour lesquelles le médecin prescripteur s'attend à obtenir un accord ou un refus.

Les annexes complémentaires, les annulations, et les clôtures, constituent une action du médecin prescripteur sur une demande, un accord, ou un refus existant.

2.2 Nouvelle demande

2.2.1 Demande

Les données envoyées par le prestataire demandeur sont :

- Données d'identification du patient (NISS, ...)
- Données d'identification et de contact du médecin prescripteur
- Type d'accord (chapitre IV) et type de demande (nouvelle demande)
- Référence à la base réglementaire : paragraphe et verse (selon les infos disponibles via la SAV DB Médicaments)
- Période demandée (date de début - date de fin)
- Numéro de référence prescripteur
- Pour les médicaments orphelins : numéro de l'hôpital
- Annexe (pour les types 2) :
 - Réglementaire (voir législation)
 - Non réglementaire (radio, protocole, etc...).

2.2.2 Réponse

En réponse, les données suivantes seront envoyées :

- Rappel de la demande (sans l'annexe)
- Données d'identification du patient et du médecin prescripteur
- Type d'accord (chapitre IV) et type de réponse ('accord', 'refus', ou 'en traitement')
- En fonction du type de réponse :

Accord	Refus	En traitement
N° Référence de la décision	N° Référence de la décision	N° Référence de la demande
Données d'identification et de contact du médecin conseil	Données d'identification et de contact du médecin conseil	
Période d'accord (date de début-date de fin)	Motif de refus : code et texte	
Quantité accordée Ex : 365 fois 25 mg		
Médicaments orphelins : numéro unique		

2.2.3 Contrôles primaires : pour décision si rejet.

Lors du traitement de la demande, l'OA fera (entre autre, et à titre indicatif) les contrôles primaires suivants pour vérifier que la demande est faite correctement et pourra être traitée. Si ces contrôles ne sont pas corrects, la demande sera rejetée, le

médecin prescripteur devra alors réenvoyer sa demande corrigée. La liste exacte des contrôles se trouve dans la documentation technique.

- Format et codification des zones
- Présence des zones obligatoires
- Patient :
 - Soit NISS, soit mutualité / numéro inscription mutualiste
 - Connu à l'OA et affilié à la date de début demandée
 - Sexe compatible avec NISS
- Prescripteur :
 - Habilité pour ce type de demande à la date de début période demandée
 - Connu à l'OA
 - Prescripteur qui signe = médecin qui envoie la demande
- Référence à la base règlementaire : paragraphe et verse
 - Complet et correct
- Période demandée :
 - Date de début < date de fin
 - Date du jour – 2 ans < Date de début < date du jour + 3 mois
- Médicaments orphelins : numéro de l'hôpital
 - Etablissement connu à l'OA et habilité pour ce type de demande
- Annexe :Présente selon spécifications DB médicaments

➔ Si pas OK : REJET

2.2.4 Contrôles de la demande : pour décision si accord ou refus

Une fois que la demande peut être traitée, une série de contrôles sont encore effectués. Ces contrôles sont :

- Internes à l'OA
- Automatiques ou manuels
- Aide à la décision : SAV DB médicaments
- En fonction de la réglementation
 - Exemple : contrôle sur l'âge, le sexe, etc... (automatique)
 - Exemple : vérification d'un protocole, radio, etc... (manuel)
- En fonction du dossier du patient
 - Exemple : autre accord en cours incompatible avec la demande

Ces contrôles sont sous la responsabilité du médecin conseil et vont déterminer si la demande est accordée ou refusée. La liste suivante donne des exemples de codes refus utilisés. La liste exacte se trouve dans la documentation technique.

Code	Libellé
200	Patient décédé avant la date de début de période demandée
401	Il existe déjà un accord dont la date de fin est plus grande que la date de début demandée. (Dans ce cas, il est conseillé de refaire une consultation d'accord afin d'obtenir les détails de l'accord existant).
404	Demande non gérable par le médecin-conseil (+ explication texte)
406	Refus médical (+ explication texte)

409	Refus suite à la présence d'une autre demande en cours de traitement pour le même paragraphe
413	Il ne s'agit pas d'une nouvelle demande. Veuillez réintroduire une prolongation.
414	Il ne s'agit pas d'une prolongation. Veuillez réintroduire une nouvelle demande.
415	Prestataire non habilité pour ce type de demande durant la période concernée
416	Nombre / Durée maximum d'accord déjà atteint.
502	En attente d'une décision définitive (en attente d'informations complémentaires) (+ explication texte)

2.3 Prolongation (continue ou non continue)

Une prolongation continue est une demande d'accord pour laquelle :

- La date de début de la prolongation est le lendemain de la date de fin de l'accord à prolonger.

Une prolongation non continue est une demande d'accord pour laquelle :

- Il y a au moins 1 jour sans accord entre la date de fin de l'accord à prolonger et la date de début de la prolongation.

Tous les principes sont identiques à la nouvelle demande.

2.3.1 Demande

Les données envoyées par le médecin prescripteur sont les mêmes que pour une nouvelle demande avec la donnée supplémentaire suivante :

- Référence de la décision de l'accord à prolonger

2.3.2 Réponse

En réponse, les données envoyées sont les mêmes que pour une réponse à une nouvelle demande.

2.3.3 Contrôles primaires : pour décision si rejet

En plus des contrôles primaires valables pour une nouvelle demande, l'OA réalisera également (entre autre et à titre indicatif) les contrôles supplémentaires suivants :

- **Référence de la décision de l'accord à prolonger**
 - **N° référence connu à l'OA et concordance entre N° de référence et patient**
 - **N° de référence correspond au dernier accord pour le patient**
- Période demandée :
 - **Prolongation continue : Date de début = date de fin accord précédent + 1 jour**
 - **Prolongation non continue : date de début < date de fin accord précédent + 2 jours**

➔ Si pas OK : REJET

2.3.4 Contrôles de la demande : pour décision si accord ou refus

La demande de prolongation est traitée par le médecin conseil de la même manière que la nouvelle demande.

2.4 Annexe complémentaire

2.4.1 Situations d'envoi d'annexe complémentaire

- Le médecin prescripteur a envoyé une demande incomplète et souhaite la compléter par une annexe complémentaire.
 - ➔ Envoi d'une annexe complémentaire sur une demande 'en traitement'Remarque : une demande qui reste incomplète plus de 7 jours calendrier après leur réception est automatiquement mise à disposition du médecin conseil pour décision.
- Le médecin conseil a refusé une demande d'accord pour manque d'information et demande au médecin prescripteur (via refus code 502 + explication texte) d'envoyer une annexe complémentaire.
 - ➔ Envoi d'une annexe complémentaire sur une demande 'refusée'
 - ➔ La demande refusée sera alors à retraiter par le médecin conseil
- L'envoi d'une annexe complémentaire est possible pour :
 - les nouvelles demandes et les prolongations (continue ou non continue)
 - qui sont 'en traitement' ou 'refusées' code 502.

2.4.2 Demande

Les données envoyées par le prestataire demandeur sont :

- Données d'identification du patient
- Données d'identification et de contact du médecin prescripteur
- Type d'accord (chapitre IV) et type de demande (Annexe complémentaire)
- **Référence de l'accord ou référence de la demande en cours de traitement pour laquelle le médecin envoie une ou plusieurs annexe(s) complémentaire(s).**
- Numéro de référence prescripteur
- Annexe : Règlementaire (voir législation) ou non règlementaire (radio, protocole, etc...).

2.4.3 Réponse

En réponse, les données suivantes seront envoyées :

- Rappel de la demande (sans l'annexe)
- Données d'identification du patient et du médecin prescripteur
- Type d'accord (chapitre IV) et type de réponse ('en traitement')
- Référence de la demande

2.4.4 Contrôles primaires : pour décision si rejet

Exemples de contrôles primaires propres à un envoi d'annexe complémentaire :

- Prescripteur :

- Prescripteur qui envoie l'annexe complémentaire = prescripteur de la demande initiale.
- Référence de l'accord ou de la demande pour laquelle l'annexe est envoyée
 - N° référence connu à l'OA et concordance entre N° de référence et patient
 - N° de référence correspond au dernier accord/demande pour le patient
- Annexe : Obligatoire

→ Si pas OK : REJET

2.4.5 Traitement de l'annexe complémentaire.

Si les contrôles primaires sont corrects, l'annexe est incluse dans le dossier de la nouvelle demande ou de la demande de prolongation et cette demande est à (re)traiter par le médecin conseil.

2.5 Annulation

2.5.1 Situations d'envoi d'une annulation

- Le médecin prescripteur a envoyé une nouvelle demande ou une demande de prolongation et souhaite l'annuler.
- Un médecin ne peut annuler une demande d'accord ou un accord donné (nouvelle demande ou demande de prolongation) que si la date de début de la demande est égale ou ultérieure à la date du jour de l'envoi de l'annulation et uniquement s'il est lui-même l'auteur de la demande d'accord.

2.5.2 Demande

Pour une annulation, les données envoyées par le prestataire demandeur sont :

- Données d'identification du patient
- Données d'identification et de contact du médecin prescripteur
- Type d'accord (chapitre IV) et type de demande (Annulation)
- Référence de l'accord ou référence de la demande en cours de traitement que le médecin souhaite annuler.
- Numéro de référence prescripteur

2.5.3 Réponse

En réponse, les données suivantes seront envoyées :

- Rappel de la demande
- Données d'identification du patient et du médecin prescripteur
- Données d'identification et de contact du médecin conseil
- Type d'accord (chapitre IV) et type de réponse ('accord', 'refus', 'en traitement')
- Référence de la demande annulée

2.5.4 Contrôles primaires : pour décision si rejet

Exemples de contrôles primaires propres à une annulation :

- Prescripteur :
 - Prescripteur qui annule = prescripteur de la demande à annuler
- Référence de l'accord ou de la demande à annuler
 - N° référence connu à l'OA et concordance entre N° de référence et patient
 - N° de référence correspond au dernier accord/demande pour le patient
- Date du jour
 - Date de début de l'accord ou la demande à annuler doit être le jour même ou dans le futur.

→ Si pas OK : REJET

2.5.5 Traitement de l'annulation

L'annulation est traitée personnellement par le médecin conseil qui, si nécessaire, récupère d'abord le document d'accord via le patient.

2.6 Clôture

2.6.1 Situations d'envoi d'une clôture

- Pour diverses raisons, le médecin prescripteur souhaite clôturer un accord en cours de son patient.
- Un médecin peut clôturer un accord demandé par un autre médecin.
- La date prise en compte pour la demande de clôture sera toujours la date du jour (pas d'effet rétroactifs).
- Le médecin conseil peut devoir réclamer préalablement le document d'accord au patient avant d'accepter une clôture et adapter la date de clôture en fonction des délivrances obtenues entre le moment de la demande de clôture et la date où il approuve la clôture.

2.6.2 Demande

Les données envoyées par le prestataire demandeur sont :

- Données d'identification du patient
- Données d'identification et de contact du médecin prescripteur
- Type d'accord (chapitre IV) et type de demande (Clôture)
- Référence de l'accord à clôturer
- Numéro de référence prescripteur

2.6.3 Réponse

En réponse, les données suivantes seront envoyées :

- Rappel de la demande
- Données d'identification du patient et du médecin prescripteur
- Données d'identification et de contact du médecin conseil
- Type d'accord (chapitre IV) et type de réponse (accord, refus, en traitement)
- Nouvelle période (date de début de l'accord à clôturer, date de fin de l'accord après clôture)
- Référence de l'accord clôturé

2.6.4 Contrôles primaires : pour décision si rejet

Exemples de contrôles primaires propres à une clôture :

- **Référence de l'accord à clôturer**
 - **N° référence connu à l'OA et concordance entre N° de référence et patient**
 - **N° de référence correspond à un accord en cours pour le patient**

➔ Si pas OK : REJET

2.6.5 Traitement de la clôture

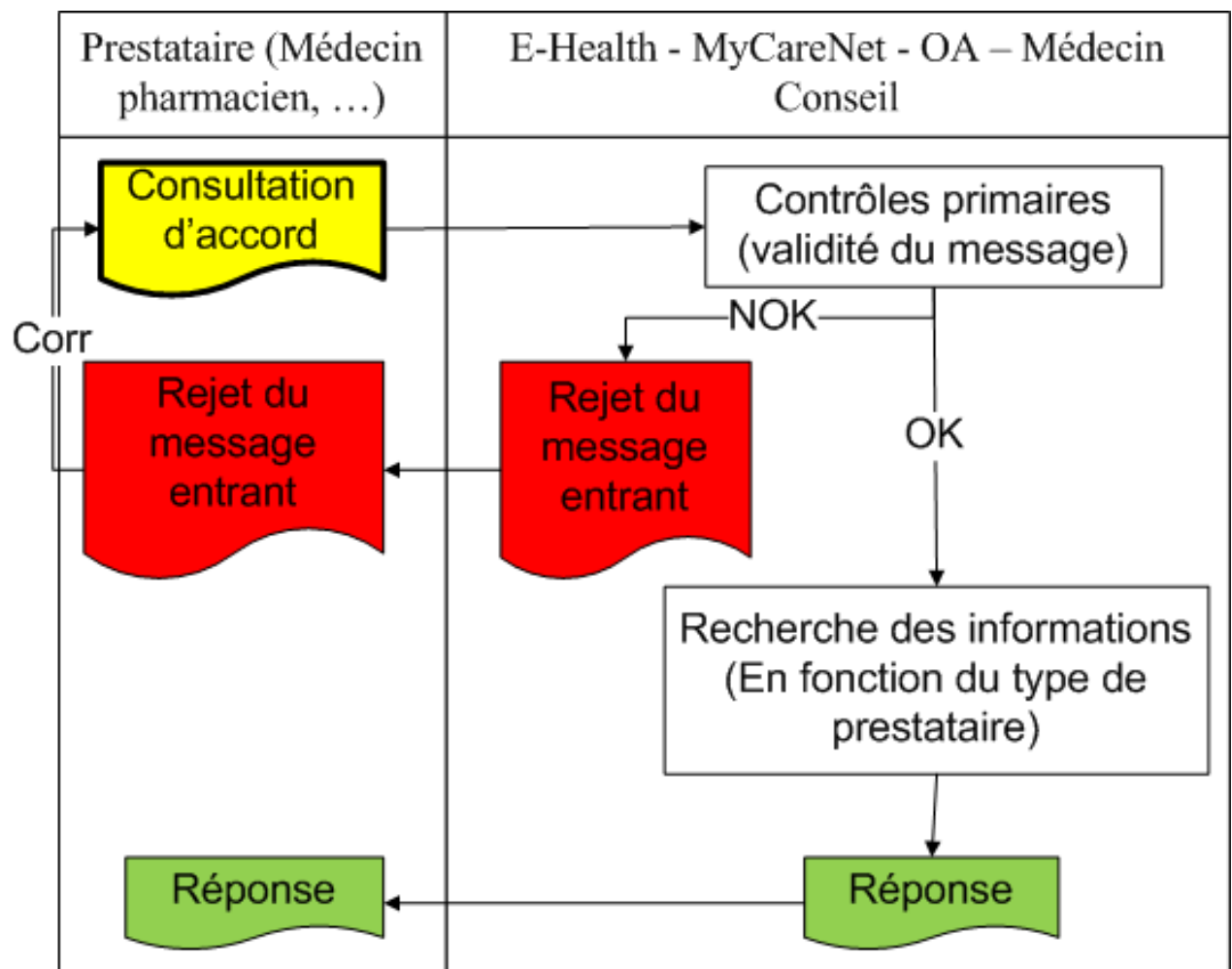
La date prise en compte pour la demande de clôture sera toujours la date du jour (pas d'effet rétroactifs).

Le médecin conseil peut devoir réclamer préalablement le document d'accord au patient avant d'accepter une clôture et adapter la date de clôture en fonction des délivrances obtenues entre le moment de la demande de clôture et la date où il approuve la clôture.

3 Consultation des accords Médecin Conseil

3.1 Description générale du service

3.1.1 Schéma



Ce service est disponible en mode synchrone.

3.1.2 Description

Le prestataire réalise sa consultation d'accord via son logiciel ou via la Web Application.

Le prestataire envoie sa demande vers le système MycareNet.

Le système MyCareNet fait suivre la demande vers l'organisme assureur auquel le patient est affilié à la date demandée.

Si un problème apparaît lors de la transmission du message vers l'OA par le système MyCareNet, celui-ci renverra le message à l'expéditeur avec des informations concernant les erreurs rencontrées.

Le système informatique de l'OA réceptionne le message et réalise des contrôles primaires (validité du message). Si le message est incorrect (dans sa structure), il est renvoyé à l'expéditeur avec des informations concernant les erreurs rencontrées.

Si le message a une structure correcte, il est traité par l'OA. L'OA renvoie alors une réponse reprenant les accords du patient répondants aux critères de la demande de consultation.

On distingue la consultation des accords faite par :

- Un médecin
- Un pharmacien

3.2 Consultation par un médecin

3.2.1 Conditions

Un médecin peut faire une demande de consultation chapitre IV pour un patient avec lequel il a une relation thérapeutique sur base :

- D'une date. Dans ce cas, il recevra tous les accords correspondants à sa demande, en vigueur pendant tout ou une partie de la période s'étalant à partir de la date demandée, pour 2 ans.
- D'une période. Dans ce cas, il recevra tous les accords correspondants à sa demande, en vigueur pendant tout ou une partie de la période demandée. Cette période doit être limitée à 2 ans, mais peut être entièrement située dans le passé.

Ce service est disponible pour les médecins en milieu ambulancier et en milieu hospitalier.

3.2.2 Demande de consultation

Un médecin peut faire une demande de consultation d'un ou plusieurs accord(s). Il enverra les données suivantes :

- Données d'identification du patient et du médecin demandeur
- Type d'accord (chapitre IV)
- Date (date début) ou période (date début-date fin)
- Soit Paragraphe, soit code CNK (facultatif)
- Référence demandeur

3.2.3 Réponse à une consultation

Le médecin reçoit la réponse à sa demande directement (en mode synchrone).

Il peut y avoir un ou plusieurs accords possibles sur la période sélectionnée.

Pour chaque accord renseigné, le médecin recevra les informations suivantes :

- Période d'accord (date de début – date de fin)
- Indication s'il s'agit d'un accord sur la période ou d'un accord sur un nombre de conditionnements sur une période
- N° Référence de l'accord
- Paragraphe, Catégorie et Critère (critère donné à titre indicatif)
- Quantité (ex : 365 fois 25 mg) initialement accordée (si mod. C ou E)
- Quantité (ex : 365 fois 25 mg) restant à délivrer (si modèle C ou E) (prévu mais pas maintenant : phase ultérieure)
- N° unique médicaments orphelins

3.2.4 Contrôles primaires : pour décision si rejet

Lors du traitement de la demande, l'OA fera (entre autre, et à titre indicatif) les contrôles primaires suivants pour vérifier que la demande est faite correctement et pourra être traitée. Si ces contrôles ne sont pas corrects, la demande sera rejetée, le médecin devra alors renvoyer sa demande corrigée. La liste exacte des contrôles se trouve dans la documentation technique.

- Formats et codification des zones
- Présence des zones obligatoires
- Patient :
 - Soit NISS, Soit mutualité / numéro inscription mutualiste
 - Connu à l'OA et affilié à la date de début demandée
 - Sexe compatible avec NISS
- Demandeur :
 - Habilité pour ce type de demande à la date du jour
 - Connu à l'OA
 - Demandeur qui signe = demandeur qui envoie la demande
- Référence à la base réglementaire : paragraphe ou code CNK
 - Correct si rempli (une des 2 infos seulement)
- Période consultée :
 - Période consultée maximum 2 ans
 - Il ne peut y avoir plus de 20 accords sur la période (sinon : préciser la demande)

→ Si pas OK : REJET

3.2.5 Traitement de la demande de consultation.

L'OA enverra tous les accords en cours sur tout ou une partie de la période demandée.

Cas particulier : Si l'OA ne couvre pas toute la période consultée (il y a eu mutation IN ou mutation OUT durant la période consultée), il enverra un avertissement au demandeur avec la réponse.

3.3 Consultation par un pharmacien

3.3.1 Conditions

Ce service est disponible pour les pharmaciens en milieu ambulatoire (officines ouvertes au public) et en milieu hospitalier (one-day ambulatoire).

Le pharmacien consultera les accords sur base d'une prescription, à la date de délivrance ou à la date de la commande du produit si celui-ci fait défaut.

Un pharmacien peut faire une demande de consultation sur base d'une date et d'un code CNK. Il recevra en réponse l'accord relatif au paragraphe (et quantité pour les accords modèles E ou C) du code CNK demandé s'il y en a un.

3.3.2 Demande de consultation

Un pharmacien enverra les données suivantes :

- Données d'identification du patient et du pharmacien
- Type d'accord (chapitre IV)
- Date (date début)
- Code CNK
- Référence prestataire

3.3.3 Réponse à une consultation

Le pharmacien reçoit la réponse à sa demande directement (en mode synchrone).

Il n'y aura qu'un seul accord possible pour les critères de sélection. Les informations reçues par le pharmacien sur l'accord sont :

- Période d'accord (date de début – date de fin)
- Indication s'il s'agit d'un accord sur la période ou d'un accord sur un nombre de conditionnements sur une période
- Référence de l'accord
- Paragraphe, Catégorie et Critère (critère donné à titre indicatif)
- Quantité (ex : 365 fois 25 mg) initialement accordée (si modèle C ou E)
- Quantité (ex : 365 fois 25 mg) restant à délivrer (si modèle C ou E) (prévu mais pas maintenant : phase ultérieure)
- N° unique médicaments orphelins

3.3.4 Contrôles primaires : pour décision si rejet

Lors du traitement de la demande, l'OA fera (entre autre, et à titre indicatif) les contrôles primaires suivants pour vérifier que la demande est faite correctement et pourra être traitée. Si ces contrôles ne sont pas corrects, la demande sera rejetée, le

pharmacien devra alors réenvoyer sa demande corrigée. La liste exacte des contrôles se trouve dans la documentation technique.

- Formats et codification des zones
- Présence des zones obligatoires
- Patient :
 - Soit NISS, Soit mutualité / numéro inscription mutualiste
 - Connu à l'OA et affilié à la date de début demandée
 - Sexe compatible avec NISS
- Demandeur :
 - Habilité pour ce type de demande à la date du jour
 - Connu à l'OA
 - Demandeur qui signe = demandeur qui envoie la demande
- Référence à la base règlementaire : code CNK
 - Correct
- Date demandée :
 - Date de début <= date du jour
(remarque : la consultation dans le futur sera réévaluée lors de l'étude du service 'enregistrement des délivrances').

→ Si pas OK : REJET

3.3.5 Traitement de la demande de consultation.

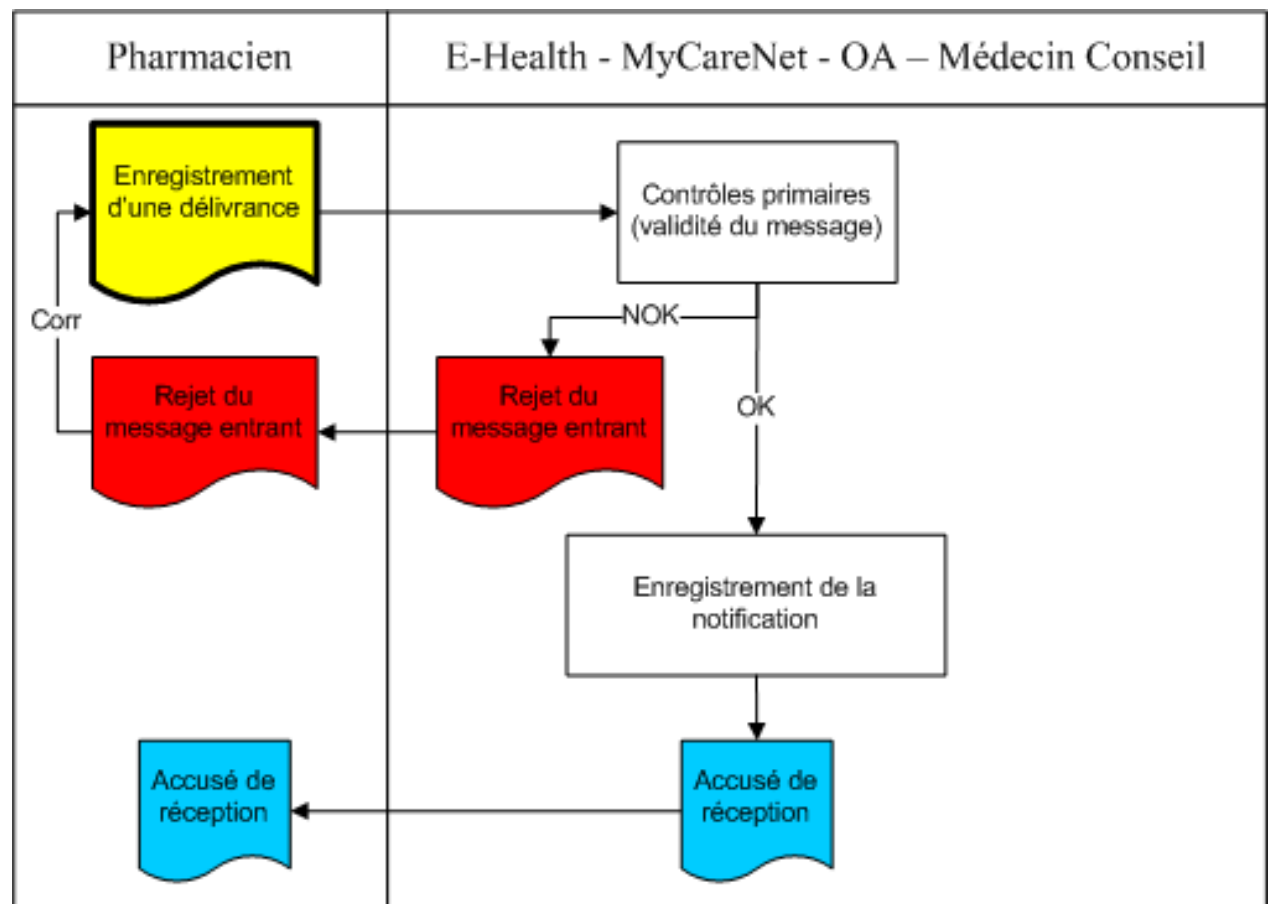
L'OA enverra l'accord trouvé s'il y en a un correspondant aux critères de sélection.

4 Enregistrement des délivrances

Ce service sera développé dans une phase ultérieure, en voici une description globale.

4.1 Description générale du service

4.1.1 Schéma



4.1.2 Description

Lors de la délivrance, le pharmacien crée l'enregistrement de la délivrance.

Le pharmacien envoie l'enregistrement de la délivrance vers l'organisme assureur auquel le patient est affilié via MyCareNet.

Si un problème apparaît lors de la transmission du message vers l'OA par le système MyCareNet, celui-ci renverra le message à l'expéditeur avec des informations concernant les erreurs rencontrées.

Le système informatique de l'OA réceptionne le message et réalise des contrôles primaires (validité du message). Si le message est incorrect (dans sa structure), il est renvoyé à l'expéditeur avec des informations concernant les erreurs rencontrées.

Si le message a une structure correcte, il est traité par l'OA. L'OA renvoie alors un accusé de réception vers le pharmacien.

Ce service est disponible en mode synchrone pour les pharmaciens en milieu ambulancier (officines ouvertes au public) et en milieu hospitalier (one-day ambulatoire).

L'enregistrement se fait au moment de la délivrance.

Le prestataire envoie directement la délivrance vers le bon OA qu'il connaît grâce à la consultation préalable de l'accord (pas de routage).

Enregistrement de la délivrance reprend les données suivantes :

- Données d'identification du patient et du pharmacien
- Données sur la délivrance : N° Référence de l'accord, Date de la délivrance, Nombre de conditionnements, Code CNK

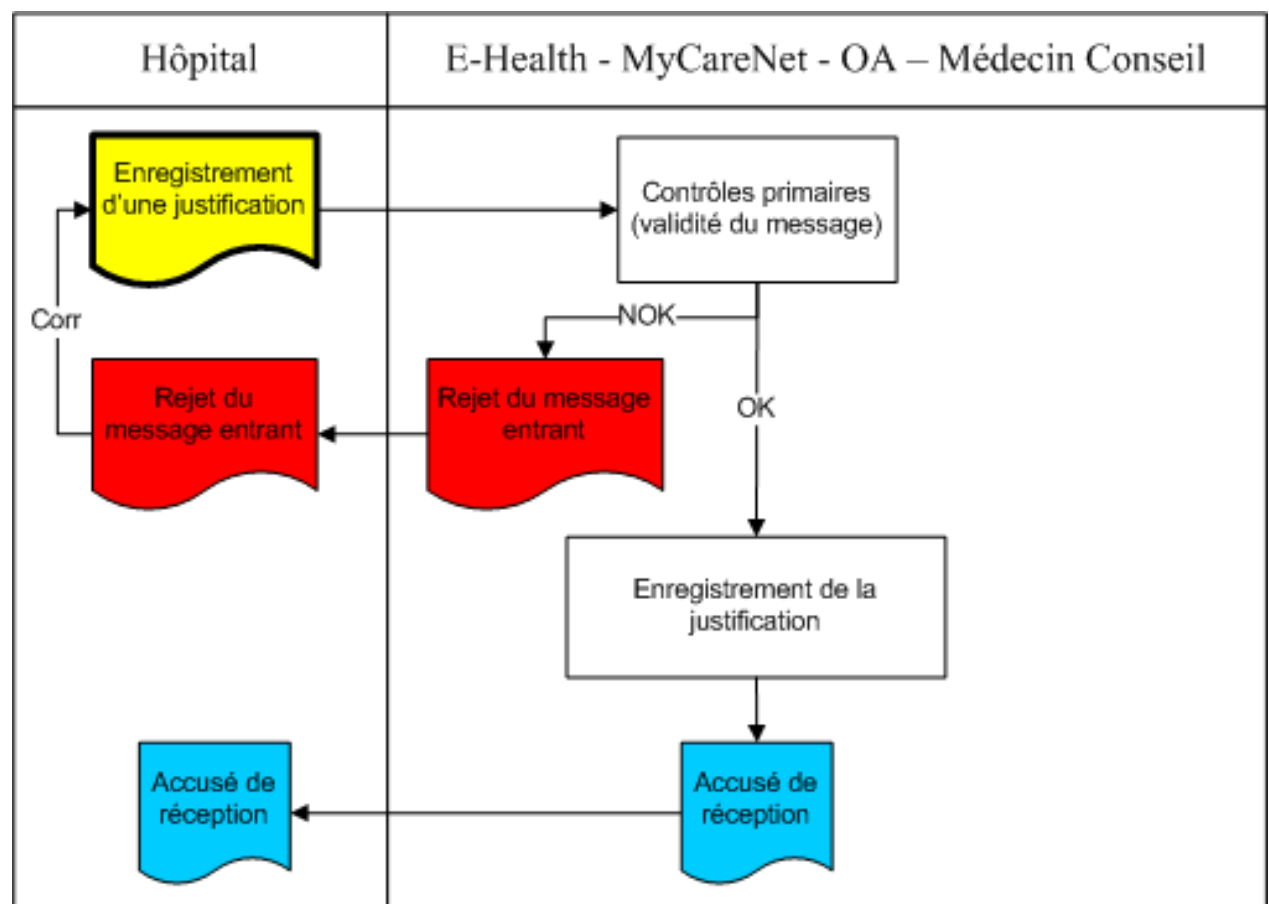
L'annulation d'une délivrance sera envisagée et discutée lors de l'élaboration des détails de ce service.

5 Enregistrement des justifications

Ce service sera développé dans une phase ultérieure, en voici une description globale.

5.1 Description générale du service

5.1.1 Schéma



5.1.2 Description

Lors de la facturation, l'hôpital crée l'enregistrement de la justification.

L'hôpital envoie l'enregistrement de la justification vers l'organisme assureur auquel le patient est affilié via MyCareNet.

Si un problème apparaît lors de la transmission du message vers l'OA par le système MyCareNet, celui-ci renverra le message à l'expéditeur avec des informations concernant les erreurs rencontrées.

Le système informatique de l'OA réceptionne le message et réalise des contrôles primaires (validité du message). Si le message est incorrect (dans sa structure), il est renvoyé à l'expéditeur avec des informations concernant les erreurs rencontrées.

Si le message a une structure correcte, il est traité par l'OA. L'OA renvoie alors un accusé de réception vers l'hôpital.

Ce service sera disponible en mode asynchrone pour les hôpitaux.

L'enregistrement des justifications se fait au moment de la facturation

L'hôpital envoie directement la justification vers le bon OA qu'il connaît grâce à la consultation préalable de l'assurabilité (pas de routage).

L'enregistrement de la justification comprend les données suivantes :

- Données d'identification du patient, du prestataire requérant, et de l'établissement hospitalier
- Types de justification :
 - Justification 1/3p
 - Justification facturation 100% patient hors indication
- One Day ou hors forfait hospitalier
- Date (comprise dans la période d'hospitalisation)
- Paragraphe, verse
- N° d'admission
- Texte libre si hors indication