

INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS RELATIVES A LA FACTURATION ELECTRONIQUE DES SOINS DE SANTE RELATIFS À DES ASSURÉS - MARINS

Contexte

A partir du 01/01/2018, les assurés de la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des Marins (CSPM) feront partie de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité (CAAMI). Au 01/07/2023 la facturation électronique pour les infirmiers seront obligatoires. Les assurés seront intégrés au fichier des membres de la CAAMI sous le numéro d'Office Régional (OR) 675.

1. Procédure générale

Le tiers payant (dispensateur de soins/établissement) transmet chaque mois un fichier de facturation des soins de santé relatifs aux assurés de l'OR 675 à CAAMI.

Ce fichier sera distinct des envois de facturation relatifs aux assurés de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité et / ou MediPrima.

Le fichier de facturation comprend toutes les factures du décompte sur un mois, suivant le numéro d'admission en cas d'hospitalisation et suivant le numéro d'ordre des factures individuelles en cas de prestations ambulatoires.

2. Flux médico-administratifs MyCareNet

A partir du 01/07/2023 toute nouvelle demande concernant les accords devra également passer obligatoirement via MyCareNet.

3. Processus de facturation

3.1. 3.1. Validité des envois de facturation

A la réception d'un fichier de facturation, la CAAMI effectue le contrôle relatif à l'acceptabilité du fichier de facturation.

Les fichiers de facturation seront transmis via MyCareNet.

Les règles décrites dans les instructions de facturation sur support magnétique ou électronique sont d'application.

3.2. 3.2. Responsabilités

La tarification est effectuée par la CAAMI.

Toutes les questions relatives aux factures ou prestations rejetées, aux paiements pourront être adressées au helpdesk facturation électronique via l'adresse:

electfac@caami.be

Tel 02 229 34 33

Le paiement des frais est effectué par la CAAMI.

3.3. 3.3. Vérification des factures et corrections.

Les factures ou prestations rejetées devront obligatoirement être réintroduites dans un envoi de facturation électronique.

3.4. 3.4. En cas de facturation via MyCareNet

Les règles décrites dans les instructions de facturation sur support magnétique ou électronique sont d'application.

Toutes les zones des différents records-types (100, 200, 300) suivent les directives INAMI (voir www.carenet.be) à l'exception des zones 102 et 103 où le **numéro d'affiliation (675)** doit être mentionné.

Un fichier de décompte (920900) sera envoyé lorsque la CAAMI effectue un paiement.

4. Spécifications techniques

Les règles décrites dans les instructions de facturation sur support magnétique ou électronique sont d'application.

Les pseudo-numéro d'organisme assureur et de mutualité de destination mentionnés pour les soins de santé relatifs aux assurés Marins doit être le **675**.

5. Date d'application

Ces instructions sont d'application à partir du 1/1/2020. L'obligation de la facturation électronique et les demandes via MyCareNet commence à partir du 01/07/2023.

Les modalités transitoires à suivre sont:

Pour les prestations effectuées jusqu'au 30/06/2023, les factures papier sont adressées à la CAAMI, service marins, Frankrijklei 81 - 83 bus 3, 2000 Antwerpen.

Enregistrements de type 10 / R10

Les règles décrites dans les instructions de facturation sur support magnétique ou électronique sont d'application.

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié:

Zone	Contenu instructions normales	Longueur	Contenu instructions spécifiques
3	Nombre numéros comptes financiers	1 N	0: Compte A 1: Le montant est scindé en compte financier A et compte financier B.
31-34	BIC compte financier A	11 A	
36-41	IBAN compte financier A	34 A	
43a	BIC compte financier B	11 A	
49-52	IBAN compte financier B	34 A	

Enregistrements de type 20 / R20

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié:

Zone	Contenu instructions normales	Longueur	Contenu instructions spécifiques
7	Numéro de mutuelle d'affiliation	3 N	675
8	Numéro d'identification du bénéficiaire Marins	13 A	NISS ou BIS
18	Numéro de mutualité de destination	3 N	675

Enregistrements de type 30 / R30

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié:

Zone	Contenu instructions normales	Longueur	Contenu instructions spécifiques
4	Pseudo-code journée d'entretien	7 N	pseudo-codes prix de journée à 100%(*)
7	Numéro de mutuelle d'affiliation	3 N	675
19	Montant intervention AMI	1 A + 11N	Montant à 100%
27	Quote-part personnelle	1 A + 9 N	A remplir par des 0

(*) Les pseudo-codes pour les prix de journée à 100% :

Hôpitaux aigus : prix de journée 100%	0768504
Hôpital chirurgical de jour : prix de journée 100%	0768471
	0768482
HG Services Sp autres que palliatifs : prix de journée 100%	0768460
HG Services Sp palliatifs : prix de journée 100%	0768445
Hôpitaux psychiatriques : prix de journée 100%	0768423
Centres pour brûlés : prix de journée 100%	0768401

Mesures hôpitaux 1-1-2014. (voir point 4 de la mise à jour 2013/5) sont applicables:

Forfait réduit par admission (en cas de réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après la précédente admission

Jour de sortie à 0 (en cas d'admission avant 12h et de sortie après 14h

Quote-part personnelle journée d'entretien à 0 (jour de sortie en cas d'admission avant 12h et de sortie après 14h

Suppression du mini-forfait 0761213 à partir du 01/01/2014.

Mesures hôpitaux 1-1-2014. (voir point 4 de la mise à jour 2013/5) et Circ Hop 2014/ 4:

Record 20 Zone 10 : mention du type de facture 9.

Record 30 Zone 4 : utilisation du pseudocode 761213 (soins urgents et perfusions)

Record 30, 40 et 50 Zone 13 : pseudocode service 720.

De cette façon, chaque prestation associée au type de facture 9 est associée au pseudocode de l'ancien mini-forfait sans que celui-ci soit facturé.

Enregistrements de type 40 / R40

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié :

Zone	Contenu instructions normales	Longueur	Contenu instructions spécifiques
7	Numéro de mutuelle d'affiliation	3 N	675

Attention: la facturation du forfait médicaments, avec les règles y afférent, doit être appliquée comme prévu dans la réglementation INAMI.

Forfait médicament (750002 = € 0.62/dag)

Forfait médicament par admission (756000 = déterminé par hôpital)

médicaments forfaitarisés : facturation à 25 %

Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification

Mesures hôpitaux 1-1-2014. (voir point 4 de la mise à jour 2013/5)

Forfait réduit par admission (en cas de réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après la précédente admission) – 0767502

Enregistrements de type 50 / R 50

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié:

Zone	Contenu instructions normales	Longueur	Contenu instructions spécifiques
7	Numéro de mutuelle d'affiliation	3 N	675

Attention: la facturation du forfait de Biologie Clinique et de radiologie, avec les règles y afférent, doit être appliquée comme prévu dans la réglementation INAMI.

Forfait biologie clinique (592001)

Prestations de biologie clinique facturées à 25%

Forfait radiologie (460784)

Prestations de radiologie facturées comme dans l'AMI.

La quote-part personnelle pour les hospitalisés pour les prestations spéciales médicotéchniques (700000) peut également être facturée

Mesures hôpitaux 1-1-2014. (voir point 4 de la mise à jour 2013/5)

Type de record 50 – zone 3 – valeur 3 : honoraire forfaitaire réduit par admission pour imagerie médicale, biologie clinique, permanence (en cas de réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après la précédente admission).

Enregistrements de type 80 / R80

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié :

Zone	Contenu instructions normales	Longueur	Contenu instructions spécifiques
7	Numéro de mutuelle d'affiliation	3 N	675
8	Numéro d'identification du bénéficiaire Marins	13 A	NISS ou BIS
18	Numéro de mutualité de destination	3 N	675