

INSTRUCTIONS AUX PRESTATAIRES DE SOINS ET INSTITUTIONS DE SOINS QUI UTILISENT LA LIVRAISON D'ENVOIS DE FACTURATION ELECTRONIQUE VIA VOIE ELECTRONIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS - MARINS

Contexte

Depuis le 1/1/2018, les assurés de la Caisse pour les Marins font partie de la Caisse d'Assurance Maladie Invalidité (CAAMI).

Les assurés sont repris dans le fichier des membres de la CAAMI sous l'Office Régional 675.

1. Procédure générale

Chaque mois, le tiers payant (prestataires de soins/institutions de soins) fournit à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie et Invalidité (CAAMI) un fichier de facturation avec les soins prestés à des assurés de l'Office Régional 675.

Il s'agit d'un fichier **séparé**, indépendant des envois relatifs à la facturation à des assurés de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité, Mediprima et/ou Fedasil.

Le fichier de facturation comprend tous les décomptes du mois, sur base du numéro de suite des factures individuelles.

2. Proces de facturation

2.1. Validité des envois de facturation

Lors de la réception d'un envoi de facturation, la CAAMI contrôle l'acceptabilité du fichier de facturation.

Les fichiers de facturation sont transmis via MyCareNet.

Les règles qui sont décrites dans les directives de facturation sur support électronique sont d'application.

2.2. Responsabilités

Le contrôle de la tarification est effectué par la CAAMI.

Toutes les questions concernant les factures refusées ou les prestations ou les paiements peuvent être adressées au helpdesk de facturation électronique via l'adresse suivante :

elecfac@caami.be
Tel 02 229 34 33

Le paiement des frais est effectué par la CAAMI.

2.3. Contrôle des factures et rectifications

Les factures ou les prestations refusées doivent à nouveau être ajoutées à l'envoi électronique.

2.4. En cas de facturation via MyCareNet

Les règles qui sont décrites dans les instructions pour la facturation sur support électronique sont d'application.

Les segments sont complétés conformément aux instructions (voir www.carenet.be), à l'exception des zones 401 où le **nouveau pseudo (675)** numéro OA est rempli.

Lorsque la CAAMI effectue un paiement, un décompte sera envoyé (920900).

3. Spécifications techniques

Les règles qui sont décrites dans les instructions pour la livraison des fichiers de facturation électroniques via la voie électronique sont d'application.

Le numéro pseudo de l'organisme assureur et de la mutualité d'affiliation pour les soins de santé pour les assurés Marins est le **675**.

4. Date d'application

Ces instructions sont d'application à partir du 01/01/2018

Recordtype de type 10 / R10

Les règles qui sont décrites dans les instructions pour la livraison d'envois de facturation via la voie électronique sont d'application.

Il n'y a pas d'adaptations spécifiques nécessaires.

Recordtype de type 20 / R20

Ci-dessous, les zones renseignées pour lesquelles le contenu/contrôle doivent être modifiés :

Zone	Contenu directives utilisées	Longueur	Contenu directives utilisées
7	Numéro mutualité d'affiliation	3 N	675
8	Identification bénéficiaire Marins	13 A	NIS ou numéro BIS
18	Numéro mutualité de destination	3 N	675

Recordtype de type 30 / R30

Ci-dessous, les zones sont renseignées pour lesquelles le contenu/contrôle doivent être modifiés :

Zone	Contenu directives utilisées	Longueur	Contenu directives spécifiques
4	Pseudo-code Journée d'hospitalisation	7 N	Pseudo-codes prix de journée (*) 100%
7	Numéro mutualité d'affiliation	3 N	675
8	Identification bénéficiaire marins	13 A	NISS ou numéro BIS
18	Numéro mutualité de destination	3 N	675

(*) Pseudo-codes pour le prix par journée à 100% (*):

Hôpitaux Aigus : Prix de journée à 100% 0768504

Hôpital de jour chirurgical : Prix de journée à 100% 0768471 0768482

Services Sp-HG autres que palliatifs: Prix de journée à 100% 0768460

Services Sp-palliatifs HG : Prix de journée à 100% 0768445

Hôpital psychiatrique : Prix de journée à 100% 0768423

Centres pour grands brûlés : Prix de journée à 100% 076840

Mesures Hôpitaux au 1-1-2014 (voir point 4 de la mise à jour 2013/5) sont aussi d'application:

Montant réduit par admission (réadmission même patient dans le même hôpital endéans les 10 jours suivant la précédente admission)

Jour de sortie à 0 (dans le cas d'une admission avant 12h et sortie après 14h)

Quote-part personnelle prix de journée à 0 (jour de sortie dans le cas d'une admission avant 12h et sortie après 14h)

Miniforfait 0761213 supprimé pour les prestations à partir du 1/1/2014 Mesures

Hôpitaux au 1-1-2014 (voir point 4 de la mise à jour 2013/5) et Circ HG 2014/4:

Mentionner dans le Recordtype 20 zone 10 le type facture 9

Mentionner dans le Recordtype 30, zone 4 le pseudocode 761213 (soins urgents ou perfusion intraveineuse)

Réintroduire dans les Recordtype 30, 40 et 50 dans la zone 13 le pseudocode 720.

De cette manière chaque prestation qui est introduite avec le type de facture 9 est lié au pseudocode de l'ancien miniforfait sans que celui-ci ne soit porté en compte

Recordtype de type 40 / R40

Ci-dessous les zones sont renseignées pour lesquelles le contenu/contrôle doivent être modifiés:

Zone	Contenu directives utilisées	Longueur	Contenu directives spécifiques
7	Numéro de mutualité d'affiliation	3 N	675

Attention: La facturation du forfait médicaments, avec les règles apparentées, comme prévu par la réglementation de l'INAMI, doit être adaptée.

Forfait Médicament (750002= € 0.62/jour)

Forfait Médicament par admission (756000= fixé par hôpital)

Médicaments forfaitarisés: facturation à 0 %

Médicaments non forfaitarisés: facturation suivant les règles classiques AMI

Mesures Hôpitaux 1-1-2014 (voir point 4 de la mise à jour 2013/5) sont d'application

Forfait par admission réduit (réadmission même patient dans le même hôpital endéans les 10 jours de l'admission précédente) – 0767502

Recordtype de type 50 / R50

Ci-dessous les zones sont renseignées pour lesquelles le contenu/contrôle doivent être modifiés:

Zone	Contenu directives utilisées	Longueur	Contenu directives spécifiques
7	Numéro mutualité d'affiliation	3 N	675

Attention: la facturation du forfait radiologie, avec ses règles correspondantes, comme prévu par la réglementation INAMI, doit être adaptée

Forfait Biologie clinique (592001)

Prestations biologie clinique à 25%

Forfait radiologie (460784)

Prestations radiologie comme dans la réglementation AMI

La quote-part personnelle pour les hospitalisés dans le cadre des prestations médicales techniques spécifiques (700000) peut aussi être portée en compte

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

Record type 50 zone 3 - valeur 3: Honoraire forfaitaire réduit par admission pour l'imagerie médicale, pour la biologie clinique ou pour la permanence (en cas de réadmission du même patient dans le même hôpital dans un délai de 10 jours après l'admission précédente).

Recordtype de type 80 / R80

Ci-dessous les zones sont renseignées pour lesquelles le contenu/contrôle doivent être modifiés:

Zone	Contenu directives utilisées	Longueur	Contenu directives spécifiques
7	Numéro mutualité d'affiliation	3 N	675
8	Identification bénéficiaire	13 A	Niss ou numéro BIS
18	Numéro mutualité de destination	3 N	675