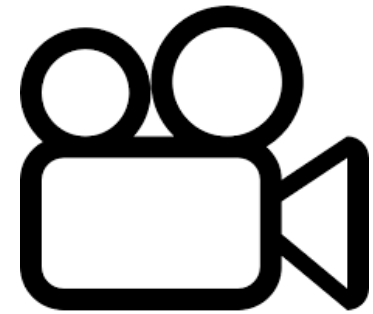




topaz

Prime intégrée 2020

Merçi!



Pour rappel

La prime intégrée 2019:

Elle peut-être demandée jusqu'au 31/12/2020

La prime intégrée 2020:

Vous recevez automatiquement un mail de l'INAMI (juillet 2021) pour une proposition de montant pour l'année 2020.

Il n'y a plus d'envois papier

Les chiffres sont automatiquement fournis à l'INAMI

Globalement

- Il n'y a pas de système d'évaluation au fur et à mesure dans le logiciel.
- Les prestations faites par les assistants, en liaison avec la prime, ne sont pas comptabilisées avec celles du maître de stage.

Maisons médicales au forfait et regroupement de médecins

7 Critères sur 8 peuvent être atteints via TOPAZ.

=>Avec une moyenne des médecins faisant partie du regroupement

Lien vers les situations particulières (Site de l'INAMI)

https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/aide/pratique-integree/Pages/default.aspx#Situation_particuli%C3%A8re_si_vous_travaillez_dans_une_pratique_de_groupe_ou_une_maison_m%C3%A9dicale

Texte officiel de la prime intégrée 2020

Vous utilisez des e-services et vous atteignez le seuil pour certains paramètres

Plus vous utilisez certains e-services, plus élevé sera le [montant de votre prime](#).

La Commission nationale médico-mutualiste a fixé les seuils d'utilisation pour les années 2017, 2018, 2019 et 2020 :

1. Au cours du 2e semestre de l'année de la prime, vous envoyez 25 % au moins de vos prescriptions de médicaments via [Recip-e](#).
2. Au cours du 2e semestre de l'année de la prime, vous introduisez au moins 50 % de vos demandes de remboursement de médicaments du chapitre IV via le [service "Chapitre IV" de MyCarenet](#).
3. Au cours du 2e semestre de l'année de la prime, vous ou votre mandataire facturez 20 % au moins de vos consultations pour les patients ayant droit à l'intervention majorée via le [service "eFact" de MyCareNet](#).
Attention: ce critère n'est pas pris en considération si vous travaillez dans une maison médicale qui a conclu un [accord pour paiement forfaitaire](#).
4. Pour 25 % au moins des patients pour lesquels vous avez bénéficié d'honoraires DMG, pour l'année de la prime, un consentement éclairé est enregistré via la [plate-forme eHealth](#) (par vous-même, par le patient ou par un autre dispensateur de soins) au plus tard le 31 décembre de l'année de la prime.
5. Le rapport est de 25 % au moins, entre le nombre total de patients différents pour lesquels vous avez téléchargé un SUMEHR au plus tard le 31 décembre de l'année de la prime via les plates-formes digitales [Vitalink](#), [RSW](#), ou [Abrumet](#), et le nombre de patients pour lesquels vous avez bénéficié d'honoraires DMG pour l'année de la prime.
6. Durant l'année de la prime, vous utilisez [MyCareNet pour la gestion électronique de vos honoraires DMG](#).
Attention: ce critère n'est pas pris en considération si vous travaillez dans une maison médicale qui a conclu un [accord pour paiement forfaitaire](#).
7. Au cours du 2e semestre de l'année de la prime, vous créez ou adaptez au moins 5 schémas de médication.
Attention : suite à des problèmes techniques liés à la gestion des schémas de médication, ce paramètre a été neutralisé pour 2018. Tous les médecins reçoivent automatiquement un point pour ce paramètre.
8. Au cours du 2e semestre de l'année de la prime, vous utilisez au moins 5 fois le [CEBAM evidence linker](#) (via log-in).
9. Au cours du 2e semestre de l'année de la prime, vous introduisez au moins 5% de vos attestations de consultation via le service ["e-Attest" de MyCarenet](#).
Attention: ce critère n'est pas pris en considération si vous travaillez dans une maison médicale qui a conclu un [accord pour paiement forfaitaire](#).
10. Au cours de l'année de la prime, vous utilisez au moins 3 fois le formulaire électronique « Evaluation du handicap – SPF Sécurité sociale » pour transmettre des informations médicales au SPF Sécurité sociale (DG personnes handicapées) > [plus d'infos sur la procédure](#).

Utilisation de Recip-E

1. Au cours du 2e semestre de l'année de la prime, vous envoyez 25 % au moins de vos prescriptions de médicaments via [Recip-e](#).

Informations complémentaires :

Le format papier est toujours possible (Domicile, Home, Panne internet)

Vous pouvez déjà utiliser la nouvelle liste de médicaments (SAMv2)

- mise à jour tous les jours
- avec les vitamines et les médicaments de comptoir
- avec plus d'information que la liste actuelle (disponibilité, etc..)

Utilisation du module chapitre IV

2. Au cours du 2e semestre de l'année de la prime, vous introduisez au moins 50 % de vos demandes de remboursement de médicaments du chapitre IV via le [service "Chapitre IV" de MyCarenet](#).

Informations complémentaires :

Il faut un lien thérapeutique pour pouvoir voir les chapitres IV déjà déclarés aux mutuelles
Papier et électronique

Par vous ou vos confrères

Faites toujours vos demandes de prolongations dans les temps !

Automatiquement accordé s'il n'y a pas d'annexe à fournir



Facturation E-fac pour les BIM

3. Au cours du 2e semestre de l'année de la prime, vous ou votre mandataire facturez 20 % au moins de vos consultations pour les patients ayant droit à l'intervention majorée via le [service "eFact" de MyCareNet](#).

Informations complémentaires :

Lors de la vérification E-tarif votre tarif doit être **VERT**, si ce n'est pas le cas fait une attestation papier.

Envoyer vos états de prestation tous les jours ou minimum une fois par semaine.

Suivez vos envois à corriger toutes les semaines.

Attention: ce critère n'est pas pris en considération si vous travaillez dans une maison médicale qui a conclu un [accord pour paiement forfaitaire](#).

Consentement éclairé du patient

4. Pour 25 % au moins des patients pour lesquels vous avez bénéficié d'honoraires [DMG](#) pour l'année de la prime, un consentement éclairé est enregistré via la [plate-forme eHealth](#) (par vous-même, par le patient ou par un autre dispensateur de soins) au plus tard le 31 décembre de l'année de la prime.

Informations complémentaires :

Inscription possible

- Via carte d'ID
- Via numéro de carte eID
- Via numéro ISI

Sumher sur le HUB

5. Le rapport est de 25 % au moins, entre le nombre total de patients différents pour lesquels vous avez téléchargé un SUMEHR au plus tard le 31 décembre de l'année de la prime via les plateformes digitales [Vitalink](#), [RSW](#) ou [Abrumet](#), et le nombre de patients pour lesquels vous avez bénéficié d'honoraires DMG pour l'année de la prime.

Informations complémentaires :

1 sumher par patient suffit => mais mettez-le à jour si c'est nécessaire!

Nombre de sumher repris depuis 2017

Honoraire DMG

6. Durant l'année de la prime , vous utilisez [MyCareNet](#) pour la [gestion électronique de vos honoraires DMG](#).

Attention: ce critère n'est pas pris en considération si vous travaillez dans une maison médicale qui a conclu un [accord pour paiement forfaitaire](#).

Informations complémentaires :

Attention au numéro de compte

Attention: ce critère n'est pas pris en considération si vous travaillez dans une maison médicale qui a conclu un [accord pour paiement forfaitaire](#).

Schéma de médication

7. Au cours du 2e semestre de l'année de la prime, vous créez ou adaptez au moins 5 schémas de médication.

Informations complémentaires :

N'est pas développé dans Topaz

Mais semble possible via la plateforme des différents réseaux

Upd : 12/12 /2020 : une vérification sommaire n'a donnée aucun résultat.

Evidence Linker

8. Au cours du 2e semestre de l'année de la prime, vous utilisez au moins 5 fois le [CEBAM evidence linker](#) (via log-in).

Informations complémentaires :

Il faut l'utiliser au départ de TOPAZ

Il faut être loguer

Il faut se déconnecter ou le faire sur plusieurs jours différents (5 fois différentes)

Voir « Mysettings » pour votre historique de passage

Facturation E-Attest

9. Au cours du 2e semestre de l'année de la prime, vous introduisez au moins 5% de vos attestations de consultation via le service "[e-Attest](#)" de MyCarenet.

Attention: ce critère n'est pas pris en considération si vous travaillez dans une maison médicale qui a conclu un [accord pour paiement forfaitaire](#).

Informations complémentaires :

Lors de la vérification E-tarif votre tarif doit être **VERT**, si ce n'est pas le cas faite une attestation papier.

Envoyer vos états de prestations tous les jours ou minimum une fois par semaine.

Suivez vos envois à corriger toutes les semaines.

Attention: ce critère n'est pas pris en considération si vous travaillez dans une maison médicale qui a conclu un [accord pour paiement forfaitaire](#).

E-forms

10. Au cours de l'année de la prime, vous utilisez au moins 3 fois le formulaire électronique « Evaluation du handicap – SPF Sécurité sociale » pour transmettre des informations médicales au SPF Sécurité sociale (DG personnes handicapées) > [plus d'infos sur la procédure.](#)

Informations complémentaires :

Une connexion EHealth doit être ouverte

Ne compte pour la prime que le formulaire d'évaluation du handicap

Pour finir

- Les médications du sumher et du schéma de médication sont comptabilisées de manières différentes

support@topaz.care

ou

denis.lisen@medispring.be

Vidéos et documents sur <https://www.topaz.care/fr/support/>



Merçi!