



## MyCareNet secteur Maisons Médicales Abonnement & Facturation – FAQ pour Maisons Médicales

Dernière mise à jour : 02-03-2021

1. Quelle est la bonne pratique lorsqu'on inscrit un patient ? ..... 4
2. Qu'englobe une demande d'abonnement? ..... 4
3. Comment la MM peut-elle savoir qu'un de ses patients bénéficie de soins, par exemple, de soins infirmiers dans une MRS?..... 4
4. Que se passe-t-il si une MM inscrit par erreur un patient qui appartenait à une autre MM ? ..... 4
5. Un membre est inscrit dans la MM A (son forfait a déjà commencé). Il s'inscrit dans la MM B avec option. A quelle date l'OA doit-il clôturer l'abonnement dans la MM A ?..... 5
6. Quid en cas de time-out (l'OA reçoit bien la demande d'abonnement, mais la MM ne reçoit pas la réponse)?..... 5
7. Que doit faire la MM qui a perdu le n° de référence d'un patient? ..... 5
8. Quelle est la date du début du forfait qui est renvoyée par l'OA pour les patients dans le cadre de la « reprise »?..... 6
9. Que se passe-t-il si des patients sont réinscrits via la reprise mais ne figurent pas dans l'ancienne DB de l'OA ? ..... 6
10. Qu'est-ce que l'OA doit renvoyer comme code d'erreur (CE) quand la période de la « reprise » est terminée? ..... 6
11. En cas d'erreur de la MM lors de la reprise, quel est la procédure à suivre ? ..... 7
12. Comment effectuer la reprise de patients qui sont en période d'essai (option) pendant le mois de reprise (mai 2020)? ..... 7
13. Que se passe-t-il si la MM met une autre date que celle qui est attendue pour le début du forfait? . 7
14. Est-ce qu'une MM peut inscrire un patient dans le passé ? ..... 8
15. Comment la MM peut-elle savoir que son patient n'est plus inscrit chez elle ? ..... 8
16. Est-ce qu'une MM peut inscrire un patient qui n'est pas en ordre d'assurabilité?..... 8
17. Le motif de fin d'inscription doit-il être obligatoirement mentionné dans la requête?..... 9
18. En cas de notification de fin d'inscription à la demande du patient, quelles sont les dates qui sont acceptées?..... 9

19. Si un patient souhaite se désinscrire auprès d'une MM, quand prendra fin l'abonnement ? .....	10
20. En cas de notification de fin d'inscription à la demande de la MM, quels sont les cas de figures possibles? .....	10
21. Dans quel cas une MM peut annuler une demande d'abonnement? .....	10
22. Un affilié s'inscrit dans la MM A, puis quelques jours plus tard dans la MM B (avant que son forfait ne commence dans le MM A), quelle inscription est valable?.....	10
23. Peut-on facturer via MyCareNet les patients de la 675 et 999? .....	11
24. Que fait-on quand une MM change de soft? .....	11
25. Est-ce que les OA sont en mesure de venir au secours de la MM qui a perdu tout ou en partie ses données ou qu'un soft a mis la clé sous le paillason avec les informations suivantes: le n° de référence , la date du début du forfait, le n° NISS et la date de la dernière facture acceptée ? .....	11
26. Faut-il toujours envoyer l'original du contrat d'inscription à la mutuelle?.....	12
27. Le n° de référence change t'il en cas de changement de mutuelle? .....	12
28. Si une MM ne facture pas au mois de juillet, peut-elle envoyer au mois d'août une seule facture pour le mois d'août et de juillet ou faut-il la scinder? .....	12
29. Comment l'OA règle a posteriori le cas d'un patient qui a été hospitalisé pendant tout un mois? ...	12
30. Quid d'un patient qui est au CPAS ou qui va s'inscrire dans un CPAS?.....	13
31. Des formations sont-elles prévues pour les MM ? .....	13
32. Quel est le délai de non contact avec le patient dont la MM doit prendre en considération pour désinscrire un patient ?.....	13
33. De quelle inscription faut-il tenir compte lorsqu'un patient est inscrit auprès de 2 MM ?.....	13
34. Quid si le patient change de mutualité (mutation), la MM sera-t-elle avertie ? .....	14
35. Quid si patient n'est pas en ordre d'assurabilité ? Rétroactivité ? Est-il possible pour la MM de facturer un patient non en règle après la désinscription ? .....	14
36. La MM peut désinscrire mais doit mentionner une justification structurée. Doit-elle fournir une preuve qu'elle a averti le patient de sa désinscription ?.....	14
37. Faut-il mentionner dans l'inscription le type de contrat MKI (médecins/kinés/infirmiers)? .....	15
38. En cas de transfert d'un patient d'une MM A vers une MM B, la MM A doit-elle envoyer un document spécifique ? .....	15
39. Que faut-il faire lorsqu'un patient s'inscrit auprès d'une MM B en début de mois et revient en fin de mois vers son ancienne MM A? .....	15
40. Le service inscription est obligatoire à partir du 1/10/2020. L'inscription se fait via eID et code PIN. Quid si l'on ne dispose pas du code PIN ? La MM doit-elle utiliser le même document que celui existant à l'heure actuelle ? .....	16
41. Comment une MM peut-elle inscrire un nouveau-né ?.....	16

42. Quand une MM fait une reprise, par exemple le 1 <sup>er</sup> août et qu'un de ses patients se désinscrit le 10 août, quel service faut-il utiliser? .....	16
43. Le service « reprise » est-il encore accessible? .....	17
44. Peut-on faire une inscription partielle? .....	17
45. Qu'en est-il des patients qui sont dans une structure de soins (MRS, MRPA, CSJ, MSP) ? .....	17
46. Mais quid si la MM n'est pas au courant que son patient se trouve dans une de ces institutions ?..	18
47. Au moment de la réception de la facture, les contrôles des OA se font-ils a priori ou a posteriori sur le fait qu'un patient est soigné dans une de ces 5 institutions ? .....	18
48. Y a-t-il encore moyen d'inscrire ou désinscrire un patient de manière rétroactive ? .....	19

## 1. Quelle est la bonne pratique lorsqu'on inscrit un patient ?

Lorsqu'un patient s'inscrit dans une MM, elle doit dans un premier temps consulter MDA qui lui permettra de connaître son statut d'assurabilité et de savoir si ce patient est déjà inscrit dans une autre MM. Si c'est le cas, cette dernière information permettra plus facilement d'éviter des erreurs.

## 2. Qu'englobe une demande d'abonnement?

Une demande d'abonnement englobe par défaut les forfaits médecins, infirmières et kinés, sauf si la MM n'offre pas l'un ou l'autre des forfaits.

Exemple : la MM A offre uniquement les soins de médecins et infirmiers. La MM ne pourra que facturer ces deux types de forfait.

## 3. Comment la MM peut-elle savoir qu'un de ses patients bénéficie de soins, par exemple, de soins infirmiers dans une MRS?

Il n'est pas encore prévu pour l'instant qu'une MM ait accès à l'information (via un flux informatique) qu'un de ses patients bénéficie, par exemple, de soins infirmiers et kinés dans une MRS. Lorsque la MM établira sa facture, le montant demandé pour ce patient sera rejeté pour les forfaits kinés et infirmiers. Elle devra réintroduire la facture pour ce patient lors du mois suivant avec le montant correct, c'est-à-dire, uniquement le forfait « médecin ».

Note : les OA étudient la possibilité de donner cette information dans MDA (Member Data).

## 4. Que se passe-t-il si une MM inscrit par erreur un patient qui appartenait à une autre MM ?

Un patient, Mr Dupont, est inscrit dans la MM A.

La MM B inscrit un patient, Mr Durant, mais se trompe de n° NISS et inscrit Mr Dupont. Elle se rend compte de son erreur et annule l'inscription de Mr Dupont.

La MM B doit alors consulter MDA de Mr Dupont afin de connaître les coordonnées de la MM A et doit immédiatement les contacter en leur demandant de réinscrire Mr Dupont.

5. Un membre est inscrit dans la MM A (son forfait a déjà commencé). Il s'inscrit dans la MM B avec option. A quelle date l'OA doit-il clôturer l'abonnement dans la MM A ?

La clôture de la MM A doit se faire au dernier jour du mois de la requête.

Exemple : Mr Dupont a un forfait depuis 5 ans à la MM A. Il décide de s'inscrire le 03/04/2020 avec option dans la MM B. Son forfait à la MM A se clôture le 30/04/2020 à la MM A. Son forfait commence le 01/08/2020 à la MM B.

6. Quid en cas de time-out (l'OA reçoit bien la demande d'abonnement, mais la MM ne reçoit pas la réponse)?

Le service étant synchrone, la réponse de l'OA est en principe immédiate.

Si la réponse de l'OA n'arrive pas dans les quelques secondes, le soft prévient la MM et lui suggère de relancer la demande d'Abonnement jusqu'à ce qu'une réponse de l'OA soit obtenue.

Néanmoins, en cas d'impossibilité prolongée, la MM peut toujours faire une demande ultérieurement, sachant qu'il est fortement suggéré de relancer la demande avant la date de début du forfait.

7. Que doit faire la MM qui a perdu le n° de référence d'un patient?

Aucun flux électronique n'est prévu dans ce cas peu probable.

La MM doit alors contacter par téléphone **ou par mail**, l'OA concerné.

## 8. Quelle est la date du début du forfait qui est renvoyée par l'OA pour les patients dans le cadre de la « reprise »?

Pour tous les OA, la date du début du forfait renvoyée par l'OA sera le premier jour du mois qui suit l'envoi de la requête « reprise ».

### **Exemple : La période de reprise est fixée du 01/10/2020 au 31/10/2020.**

Requête d'une demande d'abonnement « reprise »:

- Date de création de la transaction (Date d'inscription): 5/10/2020
- Date de début du forfait : 01/01/1900

Réponse d'une demande d'abonnement « reprise » :

- Date de création de la transaction : 5/05/2020
- Date de début du forfait : 01/06/2020
- N° de référence : 10012345678901234500

## 9. Que se passe-t-il si des patients sont réinscrits via la reprise mais ne figurent pas dans l'ancienne DB de l'OA ?

La plupart des OA feront une vérification entre l'ancienne DB et la nouvelle.

Si le patient n'y figure pas, l'OA renverra le CE 257 :

« La date de début est égale au 01/01/1900 et aucun abonnement n'a été trouvé pour ce patient dans cette maison médicale »

D'autres OA partiront d'une DB vierge et ne feront pas de contrôle directement mais a posteriori.

## 10. Qu'est-ce que l'OA doit renvoyer comme code d'erreur (CE) quand la période de la « reprise » est terminée?

La période de reprise est fixée de 01/10/2020 au 31/10/2020 : une MM envoie une demande d'abonnement avec la date 01/01/1900 le 05/11/2020, l'OA enverra le code d'erreur (CE) 247 « La date de début est égale au 01/01/1900 mais soit la période de migration est terminée soit le tag isTrialPeriod vaut true».

11. En cas d'erreur de la MM lors de la reprise, quel est la procédure à suivre ?

Comme dans le cas normal, la MM utilise le service annulation en mettant la référence de l'OA.

12. Comment effectuer la reprise de patients qui sont en période d'essai (option) pendant le mois de reprise (mai 2020)?

Vu le très faible nombre de demandes avec option:

a/ les softs signalent aux MM que la reprise ne peut se faire que pour des patients dont le forfait a déjà commencé

b/ les patients en période d'essai durant le mois de octobre 2020 devront être encodés plus tard, durant le mois précédant le début effectif du forfait.

**Exemple** : La période de reprise est fixée du 01/10/2020 au 31/10/2020. Un patient s'inscrit le 15/09/2020 avec option. Son forfait commence le 01/01/2021. La MM inscrit ce patient sans option dans le courant du mois de décembre 2020 afin que son forfait commence le 01/01/2021.

13. Que se passe-t-il si la MM met une autre date que celle qui est attendue pour le début du forfait?

Dans le cas d'une inscription **sans option**, la date renvoyée par l'OA sera toujours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la demande d'abonnement.

Dans le cas d'une inscription **avec option**, la date renvoyée par l'OA sera toujours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la demande d'abonnement +3 mois.

Exemple : la MM envoie une demande d'abonnement **sans option** pour Mr Dupont le 4/10/2020 mais met la date de début le 01/12/2020, l'OA enverra la date de début du forfait le 01/11/2020.

Exemple : la MM envoie une demande d'abonnement **avec option** pour Mr Dupont le 4/10/2020 mais met la date de début le 01/12/2020, l'OA enverra la date de début du forfait le 01/01/2021.

#### 14. Est-ce qu'une MM peut inscrire un patient dans le passé ?

Non.

Le logiciel doit empêcher de mettre une date dans le passé pour une demande d'abonnement sauf dans le cadre de la reprise. La date de la reprise (01/01/1900) sera « hard codée » dans le logiciel et ne pourra être modifiée par la MM.

Si la MM devait quand même indiquer une date dans le passé, la date renvoyée par l'OA sera toujours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la demande d'abonnement.

Exemple : la MM envoie une demande d'abonnement **sans option** pour Mr Dupont le 4/10/2020 mais met la date de début le 01/08/2020, l'OA enverra la date de début du forfait le 01/11/2020.

#### 15. Comment la MM peut-elle savoir que son patient n'est plus inscrit chez elle ?

Lorsque la MM A veut établir une facture, par exemple pour le mois de juin, elle doit dans un premier temps effectuer une requête MDA asynchrone de tous ses patients **au plus tôt** le 1<sup>er</sup> juin. Si le patient s'est inscrit dans le courant du mois de mai à la MM B, dans la réponse envoyée par MDA pour ce patient, la MM A constatera que le n° INAMI de la MM mentionné n'est plus le sien.

#### 16. Est-ce qu'une MM peut inscrire un patient qui n'est pas en ordre d'assurabilité?

Oui.

Par contre, la MM ne pourra facturer ce patient tant que celui-ci ne sera pas en ordre d'assurabilité.

Dans le cas où le patient est à nouveau en ordre d'assurabilité, la MM pourra facturer de manière rétroactive.

⇒ Pour autant que les soins ne dépassent pas les 2 ans car autrement levée de prescription obligatoire.

Exemple : La MM inscrit Mr Dupont, qui n'est pas en règle d'assurabilité, le 14/05/2020 sans option. Son forfait commence le 01/06/2020. La MM ne pourra pas



facturer le mois de juin pour ce patient. Le 25/06/2020, Mr Dupont est à nouveau en règle d'assurabilité. Lorsque la MM fera un MDA asynchrone de tous ses patients le 01/07/2020, elle constatera que Mr Dupont est en ordre d'assurabilité. Elle pourra facturer le mois de juin et le mois de juillet pour Mr Dupont dans sa facture du mois de juin.

Par contre, si le patient n'est pas connu à l'OA ou le patient n'est plus affilié à l'OA à la date du jour, l'OA enverra un CE 120 = « Le patient n'est pas connu à l'OA ou le patient n'est plus affilié à l'OA à la date du jour ».

**Exception :** Pour l'OA 9, lorsqu'un patient n'est pas en ordre d'assurabilité, il est considéré comme « exclu », et dans ce cas l'OA 9 renverra un CE 120 « Le patient n'est pas connu à l'OA ou le patient n'est plus affilié à l'OA à la date du jour ».

### 17. Le motif de fin d'inscription doit-il être obligatoirement mentionné dans la requête?

Oui.

S'il n'est pas présent, le CE 100 sera renvoyé : « La justification de la clôture est obligatoire pour une demande de notification de fin d'inscription (item closurejustification est obligatoire pour type d'accord = packagemedicalhouse et type de transaction = maaclosure) ».

### 18. En cas de notification de fin d'inscription à la demande du patient, quelles sont les dates qui sont acceptées?

L'abonnement prend fin **au plus tôt** à la fin du mois et au plus tard fin du mois + 3 mois:

- Exemple 1 : La MM envoie la notification le 15/05/2020 et mentionne la date de fin le 31/05/2020. L'OA renverra la date du 31/05/2020
- Exemple 2 : La MM envoie la notification le 15/05/2020 et mentionne la date de fin le 30/08/2020. L'OA renverra la date du 30/08/2020
- Exemple 3 : La MM envoie la notification le 15/05/2020 et mentionne la date de fin le 30/11/2020. L'OA renverra le CE 250 : « La date de fin du forfait est supérieure au dernier jour du mois en cours + 3 mois »

19. Si un patient souhaite se désinscrire auprès d'une MM, quand prendra fin l'abonnement ?

L'abonnement prend fin, pour rappel, à la fin du mois.

L'ancienne MM se rendra compte que le patient a changé de MM lors du MDA asynchrone du début du mois suivant.

20. En cas de notification de fin d'inscription à la demande de la MM, quels sont les cas de figures possibles?

Si c'est à la demande de la MM, deux cas de figure:

- soit la demande est faite entre 1 et le 15 du mois inclus, et l'abonnement prend fin à la fin du mois :

**Exemple** : notification envoyée le 15/05/2019 – date de fin le 31/05/2019

- soit la demande est faite après le 15 du mois, et l'abonnement prend fin le dernier jour du mois qui suit :

**Exemple** : notification envoyée le 16/05/2019 – date de fin le 30/06/2019

21. Dans quel cas une MM peut annuler une demande d'abonnement?

Lorsqu'une maison médicale souhaite annuler une demande d'abonnement suite à une erreur (exemples : erreur d'encodage du patient, changement d'avis du patient, etc...), elle peut l'annuler pour autant que l'annulation se fasse avant la date de début du forfait accordé.

Si le forfait a débuté, elle doit envoyer une notification de fin d'inscription.

22. Un affilié s'inscrit dans la MM A, puis quelques jours plus tard dans la MM B (avant que son forfait ne commence dans le MM A), quelle inscription est valable?

C'est la dernière inscription qui compte. Dans ce cas, il sera inscrit dans la MM B.

La MM A découvrira en faisant un MDA asynchrone au début du mois qui suit que ce patient est inscrit dans la MM B.

23. Peut-on facturer via MyCareNet les patients de la 675 et 999?

Pour le 675 (marins), l'OA 6 a prévu de gérer les abonnements et la facturation électronique. Mais la facturation 675 doit faire l'objet d'envois distincts des autres.

Pour le 999, il n'y a rien à prévoir. Depuis 01/2019, les bénéficiaires de la sécurité sociale d'outre-mer ont du s'inscrire auprès d'une mutualité de leur choix pour obtenir le remboursement des soins de santé.

24. Que fait-on quand une MM change de soft?

Il y a un gentleman agreement entre softs qui s'engagent à fournir toutes les informations administratives, ce inclus le n° de référence à partir du 01/06/20 dans un format XML, CSV ou JSON.

Ce gentleman agreement n'inclut pas les données médicales.

25. Est-ce que les OA sont en mesure de venir au secours de la MM qui a perdu tout ou en partie ses données ou qu'un soft a mis la clé sous le paillasson avec les informations suivantes: le n° de référence , la date du début du forfait, le n° NISS et la date de la dernière facture acceptée ?

Oui.

26. Faut-il toujours envoyer l'original du contrat d'inscription à la mutuelle?

Non.

27. Le n° de référence change t'il en cas de changement de mutuelle?

Non.

28. Si une MM ne facture pas au mois de juillet, peut-elle envoyer au mois d'août une seule facture pour le mois d'août et de juillet ou faut-il la scinder?

Il est possible d'envoyer les factures électroniques en août mais les OA préfèrent recevoir 2 factures distinctes (1 pour juillet et 1 pour août).

29. Comment l'OA règle a posteriori le cas d'un patient qui a été hospitalisé pendant tout un mois?

Cela dépend d'un OA à un autre: soit l'OA récupère le montant sur la facture suivante, soit le tiers parfois demande à pouvoir mettre lui-même en négatif dans la facture suivante, soit contrôle a posteriori avec création d'un débiteur et envoi d'un courrier recommandé à la MM.

30. Quid d'un patient qui est au CPAS ou qui va s'inscrire dans un CPAS?

Tant qu'il est inscrit à la maison médicale, cela ne change strictement rien.

31. Des formations sont-elles prévues pour les MM ?

Des formations seront organisées par les softwares du secteur.  
Veuillez les contacter directement.

32. Quel est le délai de non contact avec le patient dont la MM doit prendre en considération pour désinscrire un patient ?

La décision doit être prise par la MM.  
L'INAMI et les OA rappellent être en droit de demander la raison pour laquelle une MM a désinscrit un patient.

33. De quelle inscription faut-il tenir compte lorsqu'un patient est inscrit auprès de 2 MM ?

L'inscription la plus récente clôturera l'inscription précédente ou l'annulera si elle n'a pas commencé.

34. Quid si le patient change de mutualité (mutation), la MM sera-t-elle avertie ?

Lorsque la MM fait un MDA (synchrone ou asynchrone), elle verra le changement de mutualité.

35. Quid si patient n'est pas en ordre d'assurabilité ?  
Rétroactivité ? Est-il possible pour la MM de facturer un patient non en règle après la désinscription ?

- Les maisons médicales disposent de 2 ans pour facturer les soins, c'est le délai de prescription légal (qui peut être allongé via une levée de prescription). Toutefois, il est rare que des droits soient donnés avec effet rétroactif aussi loin dans le passé.
- Grâce à MDA, les softs peuvent contrôler automatiquement et sur une période si le patient dispose de droits => les forfaits non facturés pour cause de non en règle peuvent être recontrôlés chaque mois et être facturé si la situation a été régularisée
- Si un patient est non en règle et quitte la MM, les softs ont prévu une sorte de 'salle d'attente' qui permet de recontrôler et de refacturer s'il y a des droits. La facture sera traitée et acceptée par l'OA si le patient a droit au remboursement. Ces règles seront également d'application pour les patients désinscrits.

Egalement, pour autant que les soins ne dépassent pas les 2 ans car autrement levée de prescription obligatoire.

36. La MM peut désinscrire mais doit mentionner une justification structurée. Doit-elle fournir une preuve qu'elle a averti le patient de sa désinscription ?

En cas de contestation d'une désinscription, la charge de la preuve reste à la maison médicale, il est donc utile de garder les preuves des démarches effectuées/des contacts qui ont eu lieu pour de tels cas. Au niveau des

OA's, les demandes de désinscription sont acceptées automatiquement mais les justifications permettent de faire des statistiques et d'identifier d'éventuels cas « suspects » (nombre élevé de désinscriptions par décision de la MM par rapport à sa zone géographique par exemple)

Note : Les OA sont en mesure de détecter si les MM effectuent beaucoup de désinscriptions.

37. Faut-il mentionner dans l'inscription le type de contrat MKI (médecins/kinés/infirmiers)?

Dans la nouvelle logique, on ne parle plus que d'abonnement à la maison médicale. En effet, selon la législation, le patient doit être inscrit à l'intégralité de l'offre de soins sauf si ces derniers sont couverts par un autre forfait. C'est au moment de la facturation que la MM (si elle en a connaissance) doit choisir quels forfaits peuvent ou non être facturés. Les OA's, eux, effectueront ce contrôle à posteriori (vu la nature anticipative de la facturation des MM)

38. En cas de transfert d'un patient d'une MM A vers une MM B, la MM A doit-elle envoyer un document spécifique ?

Non, la MM ne doit rien faire et ne sera pas avertie. Les raisons de l'inscription d'un patient dans la nouvelle MM B ne sont pas transmises à la MM A. Elle sera avertie lors de la consultation MDA au début du mois qui suit.

39. Que faut-il faire lorsqu'un patient s'inscrit auprès d'une MM B en début de mois et revient en fin de mois vers son ancienne MM A?

Tant que le forfait n'a pas commencé à la MM B, le patient pourra être soigné à la MM A.

Via MDA, il est possible de voir où un patient est inscrit et ce, même si le forfait n'a pas débuté.

40. Le service inscription est obligatoire à partir du 1/10/2020. L'inscription se fait via eID et code PIN. Quid si l'on ne dispose pas du code PIN ? La MM doit-elle utiliser le même document que celui existant à l'heure actuelle ?

Pour les personnes sans carte eID ou qui ne connaissent pas le code pin de leur carte eID, le patient doit signer le même document papier qui existe aujourd'hui. La MM doit le conserver.

Pour ceux qui signent avec leur carte eID, le soft doit conserver le document de l'inscription et/ou la désinscription signé électroniquement.

41. Comment une MM peut-elle inscrire un nouveau-né ?

Via l'application e-Birth, le numéro de registre national du nouveau-né est généré par l'hôpital, et ce même avant la déclaration de la naissance à la commune.

⇒ L'abonnement ne sera accepté dans l'oa que pour autant que le nouveau-né ait été inscrit au préalable dans une de ses mutualités.

42. Quand une MM fait une reprise, par exemple le 1<sup>er</sup> août et qu'un de ses patients se désinscrit le 10 août, quel service faut-il utiliser ?

C'est un cas spécifique uniquement lié à la reprise. Uniquement dans ce cas, la MM doit utiliser le service annulation (pas le service désinscription).



#### 43. Le service « reprise » est-il encore accessible?

Le service reprise n'est plus disponible depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2020.

#### 44. Peut-on faire une inscription partielle?

Conformément à la réglementation, il n'est pas possible de faire des inscriptions partielles, même si le patient est, par exemple, en MRS.

Lorsqu'un patient s'inscrit à une Maison Médicale (MM), il s'inscrit à tous les services offerts par la MM. Il n'y a donc pas la possibilité d'inscrire un patient à une partie des services offerts et ce, quel que soit les circonstances. Aussi, dans le nouveau système, l'inscription est individuelle. En d'autres termes, elle n'implique pas l'inscription automatique des autres membres de la famille.

Exemple: Si une MM offre les services « MKI », le patient sera inscrit à des soins de médecins, kinés et infirmiers.

Ce n'est que lors de la facturation que la Maison Médicale devra tenir compte du fait que le patient se trouve (ou pas) dans une structure de soins (MRS, MRPA, CSJ, MSP, voir tableau au point suivant).

Si le patient a besoin de soins spécifiques, de kiné par exemple, et que la MM n'est pas en mesure d'y répondre, la MM devra assumer le paiement des prestations à l'acte que le patient devrait payer au prestataire de soins et/ou au centre de revalidation.

#### 45. Qu'en est-il des patients qui sont dans une structure de soins (MRS, MRPA, CSJ, MSP) ?

Au niveau de l'inscription, cela ne change rien.

Par contre, au niveau de la facturation, la MM devra facturer les soins de médecin et éventuellement les soins qui ne sont pas offerts par l'institution (voir le tableau ci-dessous).

**Aperçu des institutions qui offrent des soins de santé qui sont déjà financés et qui ne doivent pas être facturés par les MM.**

<b>Structure</b>	<b>Soins Infirmiers</b>	<b>Kinésithérapie</b>
<b>MRS</b>	Oui	Oui
<b>MRPA</b>	Oui	Non
<b>MSP</b>	Oui	Oui
<b>CSJ</b>	Oui	Oui
<b>Habitation protégée</b>	Non	Non

Exemple : le patient est en MRPA et la MM offre MKI, elle ne facturera que le forfait médecin et kiné.

46. Mais quid si la MM n'est pas au courant que son patient se trouve dans une de ces institutions ?

La MM facturera les 3 forfaits et se fera refusé les forfaits en fonction du tableau ci-dessus.

Exemple : le patient est en MRS et la MM offre MKI, la MM a facturé les 3 forfaits, les forfaits infirmier et kiné seront rejetés.

47. Au moment de la réception de la facture, les contrôles des OA se font-ils a priori ou a posteriori sur le fait qu'un patient est soigné dans une de ces 5 institutions ?

Etant donné, que ces institutions sont pour la plupart régionalisées, il existe parfois un décalage dans la transmission de cette information entre les entités régionalisées et les OA, ce qui peut expliquer que parfois, l'OA acceptera dans un premier temps le paiement des 3 forfaits et pourrait récupérer ultérieurement le montant payé pour un ou deux forfaits s'il s'avère que le patient était bien dans une de ces institutions. En fonction de l'OA soit le montant sera récupéré lors de la facture, soit vous recevrez un courrier demandant le remboursement indû.

48. Y a-t-il encore moyen d'inscrire ou désinscrire un patient de manière rétroactive ?

Non, sauf si la faute est clairement du côté de l'OA.

#### **Nouveau-nés**

La problématique du retard éventuel de l'obtention du n° NISS et/ou de l'inscription de l'enfant dans la mutualité du ou des parents ne dépend pas des OA mais, essentiellement, des parents. Les OA ne sont pas en mesure d'inscrire de manière rétroactive un nouveau-né. En l'occurrence, la MM ne pourra pas facturer un nouveau-né si l'inscription n'a pas été effectuée dans les temps.

#### **Regroupement familial et patient en attente d'inscription**

Ce n'est que lorsque le patient dispose de son n° NISS (ou de son n° d'affiliation de mutualité) et que le patient est bien inscrit dans une mutualité, que le processus d'inscription peut se faire.

Tout comme pour les nouveau-nés, les OA ne sont pas en mesure d'inscrire de manière rétroactive.

#### **Patient non en règle**

Un patient non en règle peut être inscrit au forfait mais ne pourra pas être facturé tant que le patient ne s'est pas mis en règle de cotisation. La MM peut facturer rétroactivement jusqu'à 2 ans maximum dès que le patient est à nouveau en règle.

