

Fédération  
des CPAS



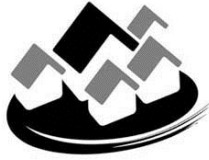
# BCSS - FICHES FLUX

## CONSULTATION DE L'ASSURABILITÉ

Avertissement : cette fiche a été élaborée sur base des consultations les plus fréquemment effectuées par les membres de la Commission BCSS/MediPrima. Elle vise donc à apporter une aide pratique à la consultation du flux, mais elle n'est pas exhaustive.



Union des Villes  
et Communes  
de Wallonie asbl



## CONSULTATION DE L'ASSURABILITÉ : HealthCareInsurance

### 1. Pour quoi et par qui ?

Date	Délibération	Missions des CPAS	Loi missions CPAS	Intégration	Fonctionnalités
02/03/1999 25/07/2007	CSSS <a href="#">99/36</a> CSSS <a href="#">07/041</a>	Enquête sociale sur les demandeurs d'aide	LO DIS Loi-programme du 27/12/2004 art. 203 à 219	- Codes qualité 001 à 009, 030 et 031 - 1 jour de la période de 2 mois avant la date système et 45 jours après doit être compris dans la période d'intégration pour les CPAS	Consultation des données d'assurabilité des mutualités Service BCSS : HealthCareInsurance Consultation - L'organisme assureur et la mutualité - Le droit au remboursement - À titre d'information, les codes CT1/CT2 + période fournie par le Service du CIN - Le droit au tiers payant - Les années où le plafond MAF a été atteint - Les contrats avec une maison médicale <ul style="list-style-type: none"><li>Type de contrat (docteur, kiné, infirmière)</li><li>Période associée</li></ul> - Le droit à l'intervention majorée
07/06/2011	CSSS <a href="#">11/042</a>	Secrétaire/Directeur général et Receveur/Directeur financier <ul style="list-style-type: none"><li>pour la gestion des dépenses et recettes</li><li>pour la gestion des débiteurs</li></ul>	Décret flamand  LO art. 97 à 104		

Source : SPP IS, *Les autorisations d'échange de données pour les CPAS via le réseau de la sécurité sociale*. V. <http://www.mi-is.be/fr/reglementations/annexe-autorisations-et-services> [consulté le 27.06.2017]



<b>001 à 009 - Enquête sociale<sup>1</sup></b>	<b>030 – Enquête sur les débiteurs d'aliment</b>	<b>031 – gestion des dettes<sup>2</sup></b>
😊	😊	😊

## 2. Interprétation

### ⚠ ATTENTION :

Dans le cadre de l'enquête sociale, ce flux ne donne pas d'information sur une éventuelle indemnisation de la part de la mutuelle concernée. Or, le droit aux indemnités de mutuelle prime sur l'aide, résiduaire, accordée par les CPAS.

**NISS :** **Nom, prénom :**

**Organisme assureur :** informations de la mutuelle concernée.

**Droit au remboursement :** concerne le remboursement des soins de santé (souches, médicaments, factures d'hospitalisation...). Ce droit est conditionné par le statut (travailleur, indépendant, chômeur, résident, personne à charge...) et éventuellement la valeur des bons de cotisation (quand il s'agit d'un travailleur ou d'un indépendant). Ce droit est ouvert par la situation, 2 ans en arrière si elle n'a pas subi de modifications (Ex : 2014 pour 2016).

### **Régime d'affiliation :**

- année civile à laquelle la mutuelle est intervenue.
- nom de la mutuelle.
- codes des droits aux soins de santé (par ex. : 101-101 = résident préférentiel). Il s'agit de l'un des nombreux codes de droit aux soins de santé (voir CT1-CT2 repris plus bas). Pour une liste des codes, voir : <http://www.securimed.eu/fr/tiers-payant/codes-dassurabilite>.

**Tiers payant<sup>3</sup> :** signifie que le membre ouvre le droit aux soins de santé (donc le prestataire qui voudrait facturer en tiers payant est assuré de son paiement par la mutuelle).

<sup>1</sup> Enquête dans le cadre d'une demande d'aide sociale/d'intégration sociale et pour le recouvrement de l'aide sociale en cours. L'autorisation s'applique également à l'enquête sociale sur les débiteurs d'aliments, considérant que celle-ci peut avoir un impact sur la décision d'octroi.

<sup>2</sup> Autre qu'une récupération sur les frais d'une aide sociale en cours.

<sup>3</sup> Le tiers payant est un mécanisme qui permet de payer au dispensateur de soins (médecin, dentiste, kinésithérapeute, pharmacien, etc.) uniquement la part des frais à charge de l'intéressé.



**Maximum à facturer<sup>4</sup>** : dans le cas où il y a un droit, cela signifie qu'au-delà d'un certain montant de dépenses de soins de santé précisés sur une année civile, la personne est remboursée de la totalité du coût de ses soins (ou au moins de la partie « INAMI », mais pas des suppléments que demandent les praticiens non conventionnés par ex.)

**Contrat de gestion avec maison médicale** : donne l'information selon laquelle l'intéressé est inscrit à une maison médicale (auquel cas, c'est la mutuelle qui verse un forfait mensuel à la maison médicale. La mutuelle ne rembourse donc pas les consultations car l'intéressé ne paye pas ses consultations comme chez un praticien ordinaire).

**BIM (OMNIO) – intervention majorée<sup>5</sup>** : détermine un droit à un remboursement plus élevé (ancien régime VIPO).

**Dossier médical global (DMG)** : permet de vérifier si l'intéressé a un dossier médical global enregistré à son nom (cela octroie aussi des droits à un meilleur remboursement de certaines prestations lorsque la personne fait suivre sa santé par un seul médecin traitant et s'y réfère avant de consulter divers spécialistes de son propre chef).

**Assurance soins de santé** : il s'agit de l'assurance obligatoire.

- Maximum à facturer : droit ou pas droit (voir rubrique reprise ci-dessus)
- Intervention majorée : date de début et date de fin
- CT1-CT2 : régime d'affiliation

### 3. Clignotants du SPP IS

Dans le cadre des croisements des demandes de subventions avec les flux de la BCSS, le SPP IS génère un clignotant pour la situation suivante<sup>6</sup> :

- Demande de remboursement des frais médicaux dans le cadre de la loi de 1965 : si le bénéficiaire est assuré auprès d'une mutuelle.

<sup>4</sup> Il existe 2 systèmes : MAF Social (c'est le statut de la personne qui ouvre le droit) et le MAF Fiscal (qui fonctionne sur base d'un plafond de revenus nettement plus élevé).

<sup>5</sup> L'intervention majorée offre un meilleur remboursement des frais médicaux. Dans certains cas, il s'agit d'un droit automatique (RI, allocation personne handicapée, GRAPA...). Dans d'autres cas, la demande doit être faite auprès de la mutuelle.

<sup>6</sup> SPP IS, *Circulaire concernant le croisement entre les flux de données de la BCSS et les demandes de subventions*, 2014. V. <https://www.mi-is.be/fr/reglementations/croisement-des-demandes-de-subvention-avec-les-flux-de-donnees-de-la-bcss> [consulté le 28.08.17].