

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue de Tervueren, 211 - 1150 Bruxelles

Service des soins de santé

CONVENTION POST-COVID-19 POUR UNE APPROCHE DE SOINS ADAPTÉE

Vu la loi du 13 juin 2021 contenant des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 et d'autres mesures urgentes dans le domaine des soins de santé, et notamment son article 43,

Il est convenu ce qui suit entre,

d'une part,

le Comité de l'assurance, premier contractant,

et, d'autre part,

les organismes assureurs, deuxième contractant,

le médecin généraliste détenteur du DMG et les dispensateurs de soins de première ligne, troisième contractant

le neuropsychologue et l'ergothérapeute de deuxième ligne, quatrième contractant

Article 1er.

La présente convention définit les règles selon lesquelles l'assurance soins de santé favorise la coopération entre les médecins généralistes et les dispensateurs de soins de première ligne afin d'offrir une meilleure qualité de soins aux bénéficiaires souffrant d'effets à long terme du COVID-19, désigné ci-après «patients post-COVID-19» (art. 2), et ayant besoin de soins dans le cadre d'un trajet de soins avec un soutien de la deuxième ligne. Elle règle également les conséquences concernant la nature et le montant des honoraires des dispensateurs de soins et de l'intervention de l'assurance.

CHAPITRE I^{er} – Définitions et termes utilisés

Art. 2.

Pour l'application de la présente convention :

1° Il convient d'entendre par :

- a) « nomenclature » : la nomenclature des prestations de santé telle que visée à l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- b) « le bénéficiaire » : le patient pouvant prétendre aux prestations prévues par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14

juillet 1994 et chez qui le diagnostic de post-COVID-19 a été confirmé par un médecin généraliste après l'évaluation initiale lors d'une consultation.

- c) « trajet de soins »: la prise en charge organisée d'un patient diagnostiqué Post-COVID-19;
- d) « médecin généraliste »: le médecin généraliste qui gère le DMG ou le médecin généraliste qui fait partie d'un groupement enregistré de médecins généralistes dont un membre gère le DMG ou si le bénéficiaire doit être inscrit dans une maison médicale (en tenant compte que la tenue du GMD fait partie des soins que ces établissements dispensent) ;
- e) « psychologue » :
 - Le psychologue clinicien indépendant qui, dans le cadre de la convention du 26 juillet 2021 entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et un réseau de santé mentale concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par le biais de réseaux et de partenariats locaux multidisciplinaires, a conclu une convention de coopération avec ce réseau, ou,
 - Le psychologue clinicien salarié par une organisation qui a, en application de la convention du 26 juillet 2021, conclu un accord avec un réseau, et qui a été désigné par cet organisme pour effectuer des missions, comme le prévoit la convention du 26 juillet 2021.
- f) "neuropsychologue" : psychologue clinicien en neuropsychologie de la première ou de la deuxième ligne qui adhère à cet accord.

La neuropsychologie clinique est une spécialité qui applique des principes d'évaluation et d'intervention basés sur l'étude scientifique de la cognition humaine en relation avec le fonctionnement normal et anormal du système nerveux central. Cette spécialité se consacre à la compréhension des difficultés cognitives et de leurs impacts sur le fonctionnement quotidien de la personne ainsi qu'à la prise en charge de ces difficultés.

2° toutes les décisions prises par le médecin généraliste, le coordinateur de soins ou les dispensateurs de soins de la première et de la deuxième ligne, les concertations entre ces dispensateurs de soins ou les adaptations du plan de traitement se font toujours en accord avec le patient.

CHAPITRE II – Objectif de la convention

Art. 3.

Ce trajet de soins vise à améliorer l'accessibilité des soins pour les patients post-COVID-19 en répondant aux besoins en soins constatés pour ces patients. Le trajet de soins permet de garantir la continuité des soins et de créer un réseau de soins autour du patient, intégré dans la première et/ou la deuxième ligne de façon multidisciplinaire et transversale.

La présente convention fixe les conditions pour avoir accès au trajet de soins pour les personnes atteintes du post-COVID-19 avec un remboursement des coûts pour les prestations de soutien qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les interventions de l'assurance sont octroyées pour les prestations dispensées aux personnes atteintes du post-COVID-19.

CHAPITRE III - Bénéficiaires entrant en ligne de compte pour un trajet de soins post-COVID-19

Art. 4.

Pour pouvoir bénéficier d'un trajet de soins, le patient doit avoir vu son diagnostic de post-COVID-19 confirmé par un médecin généraliste lors d'une consultation après une première évaluation. Lorsqu'un patient est adressé par la deuxième ligne, le médecin spécialiste fournit au médecin généraliste tous les résultats cliniques pertinents en relation avec le diagnostic.

En attendant des directives claires sur le diagnostic du post-COVID-19, le diagnostic de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹ est adopté :

« La maladie post-COVID-19 survient chez les personnes ayant des antécédents d'infection probable ou confirmée par le SARS-CoV-2, généralement 3 mois après le début de la COVID-19 avec des symptômes qui persistent au moins 2 mois et qui ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic. »

Les symptômes courants comprennent la fatigue, l'essoufflement, un dysfonctionnement cognitif, mais aussi d'autres symptômes qui ont généralement un impact sur le fonctionnement quotidien. Les symptômes peuvent être d'apparition nouvelle après un rétablissement initial à la suite d'un épisode de COVID-19 aiguë, ou persister depuis la maladie initiale. Les symptômes peuvent également fluctuer ou récidiver au fil du temps. »

Le trajet de soins post-COVID-19 est entamé au plus tôt 12 semaines après les premiers symptômes de COVID-19 aigu et/ou 12 semaines après un test positif au COVID-19.

Dès que les directives pour établir un diagnostic post-COVID-19 seront disponibles, elles seront annexées à la présente convention et le diagnostic sera établi sur la base de ces directives.

Art. 5.

§ 1^{er}. Trajet de soins de type 1 : soins monodisciplinaires

Outre les soins dispensés par le médecin généraliste, le patient a seulement besoin des soins d'un kinésithérapeute, d'un logopède ou d'un psychologue pour le traitement du post-COVID-19. Ces soins sont soit déjà prévus dans le cadre des systèmes de remboursement ordinaires existants (A), soit ne sont pas prévus (B).

A) Dans ce trajet de soins, le patient bénéficie de soins dans le cadre des systèmes de remboursement ordinaires déjà en place.

Article 7 de la nomenclature des prestations de santé ou la convention du 26 juillet entre le Comité d'assurance et le réseau de santé mentale concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par le biais de réseaux et de partenariats locaux multidisciplinaires sont d'application.

¹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/347764/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-Clinical-case-definition-2021.1-fre.pdf>

Le médecin généraliste et le kinésithérapeute ou le psychologue assurent le suivi du patient et adaptent le plan de traitement si nécessaire.

B) Le patient a besoin d'autres soins qui ne sont pas prévus par les systèmes de remboursement ordinaires existants. Il s'agit dans ce cas de soins dispensés soit par un kinésithérapeute ou soit par un logopède.

- Le patient a besoin de plus de traitements de kinésithérapie que ce qui est prévu à l'article 7 de la nomenclature. Dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19, les prestations pour ces traitements supplémentaires sont prévues à l'article 9, § 2.
- Le patient a besoin de traitements de logopédie. Un remboursement des prestations de logopédie est prévu dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19 à l'article 9, § 2.

Le médecin généraliste et le kinésithérapeute ou le logopède adaptent le plan de traitement.

§ 2. Trajet de soins de type 2 : soins multidisciplinaires

Outre la prise en charge par le médecin généraliste, le patient a besoin d'un traitement multidisciplinaire au sein de la première ligne. Les dispensateurs de soins peuvent être un kinésithérapeute, un logopède, un ergothérapeute, un diététicien, un psychologue et un neuropsychologue. Un coordinateur de soins peut être désigné au sein de l'équipe en première ligne. S'il n'y a pas de consensus sur la personne qui assume le rôle de coordinateur de soins, le médecin généraliste assume ce rôle. Le coordinateur de soins soutient l'équipe de dispensateurs de soins qui entoure le patient.

Au début du traitement, une concertation d'équipe a lieu entre le médecin généraliste, les dispensateurs de soins de première ligne concernés et le patient.

Si le patient est également suivi par un médecin spécialiste en raison de plaintes persistantes après un COVID-19 aiguë, il est conseillé que ce médecin spécialiste participe également à cette concertation.

Un examen neuropsychologique peut être prescrit par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste (neurologue ou rééducateur).

Si le patient a été envoyé pour examen et traitement neuropsychologique à un neuropsychologue de deuxième ligne par un prestataire de soins primaires ou par un médecin spécialiste (neurologue ou médecin de réadaptation), le neuropsychologue (deuxième ligne) ou l'ergothérapeute (deuxième ligne) ou le médecin spécialiste doit être présent à la réunion d'équipe en soins primaires dans le cadre du trajet de soins. Le médecin spécialiste, le neuropsychologue et éventuellement aussi l'ergothérapeute sont présents lors d'une réunion d'équipe préliminaire en deuxième ligne.

Les prestations suivantes peuvent être remboursées dans le cadre de trajet de soins de type 2 :

- les prestations prévues dans le trajet de soins de type 1 ;
- les prestations par le diététicien ou par l'ergothérapeute, prévues à l'article 9, § 2.
- les prestations par le neuropsychologue, prévues à l'article 9, § 2.

Si les soins (globaux) au patient deviennent trop complexes pour les dispensateurs de soins concernés en première ligne, il convient de le renvoyer à la deuxième ligne.

CHAPITRE IV - L'adhésion au trajet de soins

Art. 6.

L'adhésion à la présente convention se fait via pseudocodes qui sont mentionnés dans la facturation par le médecin généraliste et les autres dispensateurs de soins de la première et de la deuxième ligne.

En facturant ces pseudocodes, par le biais du système de tiers payant ou pas, le médecin généraliste et les autres dispensateurs de soins de première et de deuxième lignes s'engagent à respecter les modalités énoncées dans la présente convention.

CHAPITRE V – Contenu du trajet de soins

Art. 7.

§ 1^{er}. Le médecin généraliste procède à une anamnèse approfondie et à un examen clinique. Si nécessaire, des examens complémentaires sont effectués. Les dispensateurs de soins concernés, y compris le médecin généraliste, le patient et éventuellement le médecin spécialiste discutent de l'évaluation et établissent un plan de traitement conformément aux directives existantes et en fonction des objectifs personnalisés du patient.

§ 2. Après avoir établi le diagnostic de post-COVID-19, le médecin spécialiste peut adresser le patient au médecin généraliste. Le médecin généraliste accompagne ensuite le patient dans son trajet de soins.

§ 3. Dans la prise en charge et l'accompagnement des patients post-COVID-19, différents dispensateurs de soins peuvent être impliqués en plus du médecin généraliste : kinésithérapeute, diététicien, psychologue, neuropsychologue, logopède, ergothérapeute et médecin spécialiste.

L'examen et le traitement neuropsychologiques peuvent être effectués par un neuropsychologue dans un cadre primaire ou secondaire.

§ 4. Une information et une orientation uniformes vers le(s) dispensateur(s) de soins adéquat(s) en fonction de l'évaluation et/ou des objectifs visés par l'accompagnement sont d'une importance cruciale.

§ 5. Le médecin-conseil, le coordinateur « retour au travail » et le médecin du travail peuvent également être consultés dans le cadre d'un trajet de réintégration. Pour les patients déjà en incapacité de travail, que ce soit de longue durée ou non, et qui ne disposent pas encore d'un plan concret de reprise du travail, il est essentiel de prendre contact le plus rapidement possible avec le coordinateur « retour au travail » de leur mutualité afin de planifier une première prise de contact si une reprise du travail semble possible. Après une ou plusieurs actions d'adaptation ou d'accompagnement, un trajet d'insertion professionnelle progressive peut être entamé, en concertation avec le médecin (généraliste) traitant, le médecin-conseil et/ou le médecin du travail - l'employeur. Ce trajet est entamé en tenant compte des possibilités physiques et psychiques du patient et est adapté, suivi et ajusté si nécessaire. Un trajet de retour au travail progressif mais assez rapide constitue une partie importante de l'approche thérapeutique de ces patients, si nécessaire dans un cadre large et multidisciplinaire.

CHAPITRE VI - Honoraires forfaitaires.

Art. 8. Trajet de soins type 2

§ 1^{er}. Le coordinateur de soins reçoit l'honoraire forfaitaire à concurrence de 120 EUR après la facturation du pseudocode, prévu à l'article 9, § 3. Cet honoraire ne peut être accordée qu'une fois par an.

Cet honoraire forfaitaire couvre :

- 1° le développement du partenariat avec les autres dispensateurs de soins de première ligne, le neuropsychologue et l'ergothérapeute de la deuxième ligne et/ou le médecin spécialiste ;
- 2° le renvoi en temps utile du patient vers le médecin spécialiste ;
- 3° la planification, la coordination et le suivi du plan de traitement ;
- 4° la communication et l'organisation avec les dispensateurs de soins ;
- 5° le soutien du patient dans le cadre de la concertation et l'attention portée au fait que le patient soit suffisamment écouté (p. ex. formulation d'objectifs personnalisés) ;
- 6° la concertation avec le médecin-conseil / médecin du travail dans le cadre d'une réinsertion professionnelle ;
- 7° l'établissement d'un rapport après chaque concertation.

§ 2. Les informations sur l'évolution sont échangées et rapportées de manière régulière. En cas de problème, une nouvelle concertation est organisée. Les informations (plan de traitement, concertation, échange, rapport...) sont notées dans le dossier médical du patient et les données sont partagées entre les dispensateurs de soins. Chaque dispensateur de soins conserve les données dans le dossier. Le coordinateur de soins veille à ce que le plan de traitement et ses adaptations soient communiqués au patient. Le rapport comprend la planification et la conduite d'une politique claire ainsi que les propositions concrètes de traitement présentées au patient, et cela de manière uniforme.

§ 3. Le paiement de l'honoraire forfaitaire au coordinateur de soins d'un trajet de soins est enregistré par l'organisme assureur au moyen du pseudocode 400175, sur l'attestation, prévu à l'article 9, § 3.

Art. 8bis. Examen et traitement neuropsychologiques

L'examen neuropsychologique peut être réalisé, après le début du trajet de soins par le médecin généraliste, par un neuropsychologue de la première ligne (en dehors d'un hôpital), ainsi que par un neuropsychologue attaché à un contexte de deuxième ligne. Le neuropsychologue réalise des tests validés dans le cadre de plaintes (neuro)cognitives.

L'examen neuropsychologique est discuté lors d'une concertation d'équipe, coordonnée par le coordinateur de soins (trajet de soins type 2). Ensuite, une thérapie neuropsychologique peut être entamée dans la première ou la deuxième ligne, en fonction de la complexité des plaintes neurocognitives.

Si l'examen neuropsychologique a été réalisé en deuxième ligne, le neuropsychologue de deuxième ligne, ou l'ergothérapeute de deuxième ligne, ou le médecin spécialiste concerné, participe à cette concertation d'équipe. La concertation d'équipe préliminaire doit avoir eu lieu en deuxième ligne avec la présence du médecin spécialiste, du neuropsychologue et éventuellement aussi un ergothérapeute.

CHAPITRE VII – Des prestations dispensées par les professionnels concernés

Art. 9.

§ 1^{er}. Démarrage du trajet de soins

Le trajet de soins commence à la date de la première consultation chez le médecin généraliste après avoir posé le diagnostic. Le médecin généraliste atteste le pseudocode 400013 « trajet de soins post-COVID-19 » ensemble avec cette consultation.

400013	Traitement dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19	€ 0
--------	---	-----

Le kinésithérapeute atteste le pseudocode 400330 'Trajet de soins post-COVID-19 lors du premier traitement.

400330	Traitement par un kinésithérapeute dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19	€ 0
--------	---	-----

Le psychologue atteste le pseudocode 400352 'Trajet de soins post-COVID-19 lors du premier traitement.

400352	Traitement par un kinésithérapeute dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19	€ 0
--------	---	-----

§2. Prestations par discipline - première ligne

Si le plan de traitement prescrit prévoit l'une de ces prestations, elle peut être portée en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen des pseudocodes suivants. Le médecin généraliste prescrit chacune des prestations suivantes si elles sont incluses dans le plan de traitement.

Il n'est jamais possible de porter en compte de suppléments pour ces prestations.

Les examens et interventions dans le cadre de ce trajet de soins dans la même période ne sont pas cumulables avec les prestations 558390(-558423), 558795 (- 558806), 58810(-558821), 558014(-558025), 558832(-558843) (K15-K20-K30-K45-K60 ; 1^{er} ambulatoire, 2^{ème} hospitalisé), sauf pour une affection d'étiologie différente, ni avec une convention 950 ou 771 en cours, une convention "troubles respiratoires chroniques sévères" en cours, un traitement dans un centre de réhabilitation cardiaque ou un programme de réadaptation cognitive de la clinique de la mémoire.

a) Kinésithérapeute

400035	Évaluation et/ou intervention kinésithérapeutique individuelle, dans laquelle l'intervention personnelle du kinésithérapeute par bénéficiaire a une durée moyenne globale de 30 minutes pour le traitement dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19.	€ 26,10
--------	--	---------

Règles d'application

La prestation 400035 peut être portée en compte au maximum 30 fois par période de 6 mois. Cette prestation peut être portée en compte au maximum 60 fois au cours d'une année de traitement qui commence avec la première séance de cette prestation spécifique de kinésithérapie.

Cette prestation spécifique supplémentaire de kinésithérapie ne peut être portée en compte pour le patient concerné qu'après 18 séances via l'article 7 de la nomenclature (prestations 567011, 560011, 567055, 560114, 567092, 560210, 567136, 560313, 560416, 564395, 567206, 567232-567243) au cours d'une année civile donnée.

Le kinésithérapeute ne peut porter en compte cette prestation spécifique de kinésithérapie que sur la base d'une prescription spécifique indiquant qu'il s'agit d'un patient atteint du post-COVID-19.

La prestation 400035 est applicable dans tous les lieux de prestation visés à l'article 7, § 1er, 5°, de la nomenclature.

La prestation spécifique ne peut pas être cumulée le même jour avec une prestation de l'article 7 de la nomenclature.

Au cours de l'année de traitement et ce à compter de la date de ces prestations spécifiques, aucune prestation de l'article 7 et de l'article 22, II., a) , 2° Prestations de rééducation, de la nomenclature ne peut être attestée pour le traitement de la situation pathologique visée par la présente convention. Cela prendra fin lorsque ce cours de traitement est arrêté.

Si les soins post-COVID-19 concernent une quatrième situation pathologique au cours de l'année civile concernée, la prestation 400035 peut être portée en compte immédiatement pour le patient concerné, sur prescription du médecin généraliste, puisque plus aucune séance ne peut être portée en compte via l'article 7 de la nomenclature (prestations 567011, 560011, 567055, 560114, 567092, 560210, 567136, 560313, 560416, 564395, 567206, 567232-567243).

b) Diététicien

400050	Examen diététique individuel, anamnèse, établissement d'un diagnostic diététique et élaboration d'un plan de traitement diététique et de conseils en concertation avec le bénéficiaire, d'une durée minimale de 60 minutes pour le traitement dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19.	€ 50
400116	Intervention diététique individuelle, pour le bénéficiaire, d'une durée minimale de 30 minutes pour le traitement dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19.	€ 25

Règles d'application

La prestation 400050 ne peut être portée en compte qu'une seule fois.

La prestation 400116 peut être portée en compte 7 fois au cours d'une année de traitement.

La prestation 400116 peut également être dispensée à distance.

Le nombre de prestations est valable pour une année de traitement.

Le diététicien ne peut porter en compte ces prestations que sur la base d'une prescription du médecin généraliste indiquant qu'il s'agit d'un patient atteint du post-COVID-19.

c) Ergothérapeute

400072	Bilan d'observation d'une durée minimale de 60 minutes qui consiste en un examen des possibilités et des limites fonctionnelles du bénéficiaire, effectuée par un ergothérapeute dans le cadre des soins primaires, pour le traitement dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19 : <ul style="list-style-type: none">- dans les activités de la vie quotidienne (comme les soins personnels, l'alimentation, les relations interpersonnelles, les déplacements) ;- concernant ses activités personnelles, scolaires, professionnelles, socioculturelles et de loisirs ;- aux niveaux physique, sensorimoteur, intellectuel, cognitif et relationnel, ainsi que comportemental ;- dans son environnement physique, social et culturel ;- et aboutissant à l'établissement d'un rapport écrit des examens effectués, adressé au médecin prescripteur.	€ 50
400131	Intervention ergothérapeutique individuelle pour le bénéficiaire d'une durée minimale de 60 minutes, effectuée par un ergothérapeute dans le cadre des soins primaires, pour le traitement dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19. Cette prestation peut être portée en compte 14 fois au cours d'une année. Cette prestation peut être portée en compte au maximum deux fois par jour.	€ 50

Règles d'application

La prestation 400072 ne peut être portée en compte qu'une seule fois.

La prestation 400131 peut être portée en compte 14 fois au cours d'une année, sauf si un certain nombre de prestations 400492 (chapitre VII, art. 9 §2a) ont déjà été imputées. Le nombre total de prestations 400131 et 400492 facturées ne peut jamais dépasser 14 sessions au cours d'une année.

Cette prestation peut être portée en compte au maximum deux fois par jour.

Le nombre de prestations est valable pour une année de traitement.

L'ergothérapeute ne peut porter en compte ces prestations que sur la base d'une prescription du médecin généraliste indiquant qu'il s'agit d'un patient atteint du post-COVID-19.

d) *Logopède*

400094	Examen logopédique individuel, anamnèse, établissement d'un diagnostic logopédique et élaboration d'un plan de traitement et de conseils en concertation avec le bénéficiaire, d'une durée minimale de 60 minutes, pour le traitement dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19.	€ 68,56
400153	Intervention logopédique individuelle pour le bénéficiaire d'une durée minimale de 30 minutes, pour le traitement dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19.	€ 29,28

Règles d'application

La prestation 400094 ne peut être portée en compte qu'une seule fois.

La prestation 400153 peut être portée en compte 7 fois au cours d'une année.

La prestation 400153 peut également être dispensée à distance.

Le nombre de prestations est valable pour une année de traitement.

Le logopède ne peut porter en compte ces prestations que sur la base d'une prescription du médecin généraliste indiquant qu'il s'agit d'un patient atteint du post-COVID-19.

a) *Neuropsychologue*

400433	Examen neuropsychologique en première ligne avec évaluation des fonctions cognitives chez un patient atteint du post-COVID-19 et chez qui un dysfonctionnement cérébral non congénital est suspecté, d'une durée minimale de 180 minutes.	€ 231,30
400455	Intervention neuropsychologique individuelle en première ligne 19 pour le bénéficiaire d'une durée minimale de 60 minutes.	€ 77,10

Toepassingsregels

La prestation 400433 ne peut être portée en compte qu'une seule fois au cours d'une année.

La prestation 400455 peut être portée en compte avec d'autres prestations de rééducation.

La prestation 400455 peut être portée en compte 10 fois au cours d'une année.

La prestation 400455 peut également être dispensée à distance.

Les prestations sont valables pour une année de traitement.

Le neuropsychologue peut uniquement porter en compte la prestation 400433 sur prescription du médecin généraliste, d'un neurologue ou d'un médecin de réadaptation après le début du trajet de soins par un médecin généraliste. Il transmet un rapport écrit du diagnostic au médecin généraliste.

La prestation 400455 ne peut être portée en compte que sur la base d'une prescription du médecin généraliste indiquant qu'il s'agit d'un patient atteint du post-COVID-19 conformément au plan de traitement convenu.

§ 2bis. Prestations par discipline - Deuxième ligne

Les examens et interventions dans le cadre de ce trajet de soins dans la même période ne sont pas cumulables avec les prestations 558390(-558423), 558795 (- 558806), 58810(-558821), 558014(-558025), 558832(-558843) (K15-K20-K30-K45-K60 ; 1er ambulatoire, 2ème hospitalisé), sauf pour une affection d'étiologie différente, ni avec une convention 950 ou 771 en cours, une convention "troubles respiratoires chroniques sévères" en cours, un traitement dans un centre de réhabilitation cardiaque ou un programme de réadaptation cognitive de la clinique de la mémoire.

a) Ergothérapeute

400470	Bilan d'observation d'une durée minimale de 60 minutes qui consiste en un examen des possibilités et des limites fonctionnelles du bénéficiaire, effectué par un ergothérapeute dans le cadre des soins secondaires, pour le traitement dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19 : <ul style="list-style-type: none">- dans les activités de la vie quotidienne (comme les soins personnels, l'alimentation, les relations interpersonnelles, les déplacements) ;- concernant ses activités personnelles, scolaires, professionnelles, socioculturelles et de loisirs ;- aux niveaux physique, sensorimoteur, intellectuel et relationnel, ainsi que comportemental ;- dans son environnement physique, social et culturel ;- et aboutissant à l'établissement d'un rapport écrit des examens effectués, adressé au médecin prescripteur.	€ 50
400492	Intervention ergothérapeutique individuelle pour le bénéficiaire d'une durée minimale de 60 minutes, effectuée par un ergothérapeute dans le cadre des soins secondaires, pour le traitement dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19. Cette prestation peut être portée en compte 14 fois au cours d'une année. La prestation peut être portée en compte au maximum deux fois par jour.	€ 50

Toepassingsregels

La prestation 400470 ne peut être portée en compte qu'une seule fois.

La prestation 400492 peut être portée en compte 14 fois au cours d'une année, sauf si un certain nombre de prestations 400131 ont déjà été facturées.
Le nombre total des prestations 400131 et 400492 ne peut jamais dépasser 14 sessions au cours d'une année.

La prestation peut être portée en compte au maximum deux fois par jour.

Le nombre de prestations est valable pour une année de traitement.

L'ergothérapeute ne peut porter en compte ces prestations qu'après l'exécution de l'examen diagnostique par le neuropsychologue, suivi d'une concertation multidisciplinaire chez un patient où le diagnostic de post-COVID-19 a été posé.

b) Neuropsychologue

400514	Examen neuropsychologique en deuxième ligne avec évaluation des fonctions cognitives chez un patient atteint du post-COVID-19 et chez qui un dysfonctionnement cérébral non congénital est suspecté, d'une durée minimale de 120 minutes.	€ 231,30
400536	Intervention neuropsychologique individuelle en deuxième ligne pour le bénéficiaire d'une durée minimale de 60 minutes.	€ 77,10

Toepassingsregels

La prestation 400514 ne peut être portée en compte qu'une seule fois au cours d'une année.

La prestation 400536 peut être portée en compte 10 fois au cours d'une année.

La prestation 400536 peut également être dispensée à distance.

Les prestations sont valables pour une année de traitement.

Le neuropsychologue peut uniquement porter en compte la prestation 400514 sur prescription du médecin généraliste, d'un neurologue ou d'un médecin de réadaptation après le début du trajet de soins par un médecin généraliste. Il transmet un rapport écrit du diagnostic au médecin généraliste.

La prestation 400536 ne peut être portée en compte qu'après qu'une concertation multidisciplinaire à propos du patient ait eu lieu.

§ 3. Concertation d'équipe en première ligne

Description

La concertation d'équipe est organisée par le coordinateur de soins. Cette concertation requiert la présence du médecin généraliste, des dispensateurs de soins de première ligne impliqués dans le trajet de soins du bénéficiaire, ainsi que du bénéficiaire lui-même. Si le bénéficiaire ne peut pas être présent à la concertation d'équipe, le coordinateur de soins ou le médecin généraliste doit revoir le plan de traitement avec le bénéficiaire. Si le patient est suivi par un médecin spécialiste, ce dernier peut également participer à la concertation.

Lors de la première concertation d'équipe, le plan de traitement est établi en fonction des directives existantes et disponibles, en précisant les objectifs personnalisés. En outre, des accords de traitement clairs entre les dispensateurs de soins sont déterminés.

Au cours de la concertation, il est déterminé qui, au sein de l'équipe, assumera la fonction de coordinateur de soins. Les tâches du coordinateur de soins peuvent être déléguées.

Lors de chaque concertation ultérieure, le plan de traitement est discuté et complété. Si, au cours d'une concertation, on constate que la poursuite du traitement n'est plus nécessaire, il est mis fin au trajet de soins. Lors de la dernière concertation, le trajet de soins peut être prolongé de 6 mois une seule fois si cela s'avère nécessaire. Cette prolongation est objectivée par discipline, par le dispensateur de soins de première ligne. Si la situation ne s'améliore pas, voire si elle s'aggrave, le plan de traitement est adapté et le patient est au besoin orienté vers la deuxième ligne.

La concertation d'équipe peut avoir lieu physiquement, virtuellement ou de manière hybride.

Coordinateur de soins

400175	Intervention globale pour l'organisation, la coordination et l'administration de la concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 (par période de 6 mois) - coordinateur de soins	€120
--------	--	------

.Participants

400190	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un médecin généraliste	€20
400212	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un kinésithérapeute	€20
400234	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un logopède	€20
400315	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un psychologue	€20
400256	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un diététicien	€20
400271	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un ergothérapeute	€20
400551	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un neuropsychologue	€20
400293	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un médecin spécialiste	€20

Règles d'application

La concertation d'équipe doit avoir lieu au minimum 2 fois au cours de la période de 6 mois. Maximum 3 concertations peuvent être remboursées pendant cette période.

La concertation d'équipe est organisée par le coordinateur de soins, invitant tous les dispensateurs de soins. Tous les dispensateurs de soins concernés peuvent, au besoin, demander une concertation.

Le coordinateur de soins rédige le rapport écrit/numérique contenant une description du plan de traitement, une évaluation par les disciplines impliquées et la réalisation ou non des objectifs de traitement.

Le prestataire de soins qui assume la fonction de coordinateur de soins peut cumuler l'honoraire "coordinateur de soins" avec l'honoraire de participation à la consultation.

L'ergothérapeute et le neuropsychologue concernent tant des dispensateurs de soins de la première ligne que de la deuxième ligne susceptibles de participer à la concertation d'équipe.

§ 3bis. Concertation d'équipe en deuxième ligne après examen neuropsychologique en deuxième ligne

400573	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un neuropsychologue	€20
400293	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un médecin spécialiste	€20
400595	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un ergothérapeute	€20

Règles d'application

Après l'examen neuropsychologique, une concertation multidisciplinaire doit avoir lieu. Le médecin spécialiste, le neuropsychologue et l'ergothérapeute doivent assister à cette concertation.

Par la suite, le neuropsychologue ou l'ergothérapeute ou le médecin spécialiste participe également à la concertation de l'équipe de première ligne.

CHAPITRE VIII - Évaluation des trajets de soins

Art. 10.

Pour pouvoir évaluer le fonctionnement du trajet de soins, des indicateurs seront déterminés. Actuellement, il n'existe pas encore de directives en la matière. Dès qu'elles seront disponibles, ces directives seront annexées à la présente convention.

Les organismes assureurs s'engagent à mettre à disposition les données agrégées et anonymisées nécessaires à l'évaluation.

Art. 11.

Durée

La convention commence au plus tôt le 1^{er} juillet 2022, à l'exception des prestations 400433, 400455, 400470, 400492, 400514, 400536, 400551, 400573, 400595 qui commencent au plus tôt le 1^{er} décembre 2022, et se termine le 30 juin 2023.

Si le traitement a déjà été initié avant la fin de la présente convention, toutes les prestations effectuées après le 30 juin 2023 seront prises en charge conformément aux dispositions de la présente convention jusqu'au 30 juin 2024.