

Annexe 1

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue Galilée 5/01 - 1210 Bruxelles

Service des soins de santé

CONVENTION COVID-19-LONG

Vu la loi du 13 juin 2021 portant des mesures de gestion de la pandémie 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

Art 1er.

La présente convention définit les règles relatives à l'assurance soins de santé au profit des bénéficiaires atteints des effets à long terme de la COVID-19, désignés ci-après « patients COVID-19-Long » (art. 2). Elle règle également les conséquences concernant la nature et le montant des honoraires des dispensateurs de soins et de l'intervention de l'assurance aux coûts des prestations de soutien non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

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) « 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 qui présentent des symptômes persistants pendant au moins 4 semaines après l'infection aiguë de COVID-19, confirmés après une anamnèse et un examen clinique par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste, ci-après dénommé « patient COVID-19-Long » ;
- c) « 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 DMG fait partie des soins que ces établissements dispensent) ;
- d) « psychologue » :
 - Le psychologue clinicien ou l'orthopédagogue 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 ou l'orthopédagogue 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.

e) « neuropsychologue » : psychologue clinicien en neuropsychologie de la première ou de la deuxième ligne qui adhère à la présente convention.

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.

CHAPITRE II – Objectif de la convention

Art. 3.

Cette convention vise à améliorer l'accessibilité des soins pour les patients COVID-19-Long en répondant aux besoins en soins identifiés pour ces patients.

La présente convention fixe les conditions d'accès aux prestations de santé pour les personnes atteintes de COVID-19-Long avec un remboursement des coûts pour les prestations de soutien qui ne sont pas prises en charge par l'assurance soins de santé obligatoire.

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

CHAPITRE III - Bénéficiaires entrant en ligne de compte

Art. 4.

Pour pouvoir bénéficier du remboursement des prestations prévues dans cette convention, le bénéficiaire doit présenter des symptômes persistants pendant au moins 4 semaines après l'infection aiguë de COVID-19, confirmés après une anamnèse et un examen clinique par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste.

Concernant l'infection aiguë de COVID-19, veuillez vous référer à la définition de cas de Sciensano¹.

Des lignes directrices² destinées aux médecins généralistes et aux autres prestataires de soins de santé ont été élaborées sous l'impulsion du réseau ebpracticenet. Ce guide décrit l'évaluation, le suivi et la réadaptation en première ligne des patients présentant des symptômes persistants au moins 4 semaines après l'infection aiguë de COVID-19. Il couvre à la fois les patients qui ont été hospitalisés pendant l'infection de COVID-19 et ceux qui ont été infectés par COVID-19 à domicile.

La fatigue ou l'épuisement est le symptôme persistant le plus fréquent chez les patients atteints d'une infection à long terme par COVID-19 à 3 mois (49 %) et chez ceux atteints d'une infection à long terme par COVID-19 à 6 mois (50 %) après l'infection. Les autres symptômes persistants les plus fréquents sont les maux de tête (respectivement 27 % et 32 %), les problèmes de mémoire et de concentration (26 % et 32 %), les douleurs musculaires (22 % et 28 %), les problèmes respiratoires (21 % et 27 %) et les troubles du sommeil (19 % et 22 %). Ces pourcentages sont plus élevés chez les personnes souffrant de COVID à long terme après 6 mois que chez celles souffrant de COVID à long terme après 3 mois, à l'exception de la perte du goût et de l'odorat, qui sont moins présents après 6 mois.

CHAPITRE IV – Contenu

Art. 5.

§ 1^{er}. Le médecin généraliste ou le médecin spécialiste procède à une anamnèse et à un examen clinique approfondis. Si nécessaire, des examens complémentaires sont effectués. Les lignes directrices sont

¹ <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-vaccination>

² [Guide de pratique clinique « Suivi et revalidation des patients présentant des symptômes persistants après la Covid-19 en première ligne » \(ebpnet.be\)](#)

accessibles via ebpracticenet. Sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique, plusieurs options sont possibles : le médecin généraliste ou le médecin spécialiste décide :

- (i) qu'il n'y a pas d'inquiétude, que le patient peut être renvoyé chez lui en toute sécurité avec des informations et des conseils d'autogestion ;
- (ii) qu'il y a quelques inquiétudes, qu'un traitement mono- ou multidisciplinaire en soins primaires est nécessaire ;
- (iii) qu'il y a des inquiétudes majeures, qu'une orientation ou une évaluation plus poussée en soins secondaires est nécessaire.

En cas de doute, de médecin généraliste ou le médecin spécialiste établit le plan de traitement en fonction des objectifs personnalisés du patient. Le médecin peut s'appuyer sur les lignes directrices disponibles sur le site par ebpracticenet.

§ 2. Si le médecin généraliste ou le médecin spécialiste détermine qu'un traitement est nécessaire, le médecin généraliste ou le médecin spécialiste établit des prescriptions pour les dispensateurs de soins concernés. Le médecin généraliste accompagne ensuite le patient dans son traitement et assure un suivi régulier. Si le plan de traitement a été établi par le médecin spécialiste, celui-ci le transmet au médecin généraliste pour qu'il guide et suive le patient.

Si le médecin détermine que le patient a besoin de soins supplémentaires dans le cadre de la présente convention au terme d'une année de traitement, les prestations prévues à l'article 6 peuvent être remboursées durant une deuxième année de traitement après attestation du pseudocode 401450 et prescription des prestations par le médecin généraliste.

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

L'examen et le traitement neuropsychologiques peuvent être effectués par un neuropsychologue dans le cadre de soins de santé primaires ou secondaires.

L'évaluation et le traitement ergothérapeutiques peuvent être effectués par un ergothérapeute dans le cadre de soins primaires ou secondaires. En deuxième ligne, l'ergothérapeute ne peut débiter le traitement qu'après la réalisation de l'examen diagnostique par le neuropsychologue.

§ 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 V – Des prestations dispensées par les professionnels concernés

Art. 6.

§ 1^{er}. *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 prescrit chacune des prestations suivantes.

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

Les prestations de kinésithérapie attestées dans le cadre de cette convention ne sont pas cumulables dans la même période avec les prestations 558390(-558423), 558795(-558806), 58810(-558821), 558014(-558025), 558832(-558843) (K15-K20-K30-K45-K60 ; ambulants (-hospitalisés), sauf pour une affection

d'étiologie différente, ni avec une convention 950, 951 ou 771 en cours, une convention « troubles respiratoires chroniques graves » en cours, un traitement dans un centre de réhabilitation cardiaque ou un programme de réadaptation cognitive d'une clinique de la mémoire.

a) *Médecin généraliste*

401450	Conseil et suivi d'un patient COVID-19-Long par un médecin généraliste.	€ 24,92
--------	---	---------

Le médecin généraliste atteste le pseudocode 401450 avec de la première consultation après avoir établi le diagnostic de COVID-19-Long.

La prestation comprend :

- la désignation, en concertation avec le patient et en fonction de ses besoins, des autres dispensateurs de soins pouvant être consultés ;
- les discussions successives avec le patient sur l'évolution de ses symptômes ;
- l'examen des rapports reçus des autres dispensateurs de soins et leur enregistrement dans le dossier médical électronique ;
- les échanges avec les dispensateurs de soins concernés.

La prestation 401450 ne peut être facturée qu'une fois par année de traitement.

b) *Kinésithérapeute*

400035	Évaluation et/ou intervention kinésithérapeutique individuelle, avec élaboration d'un rapport, dans laquelle l'intervention personnelle du kinésithérapeute par bénéficiaire a une durée moyenne globale de 30 minutes pour le traitement d'un patient COVID-19-Long.	€ 30
--------	---	------

Règles d'application

La prestation 400035 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.

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

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

Cette 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.

Cette prestation comprend l'élaboration d'un rapport écrit à remettre au médecin généraliste après le dernier traitement. Si le médecin traitant le juge nécessaire, il peut demander un rapport intermédiaire. Le rapport comprend la synthèse de l'examen kinésithérapeutique établi en début de traitement, le résumé succinct du traitement effectué réalisé, l'évolution du patient et, le cas échéant, une référence succincte aux conseils donnés au patient en ce qui concerne la prévention secondaire et le programme à domicile qui a été recommandé. Une copie du rapport est conservée dans le dossier du patient.

La rédaction d'un rapport écrit fait partie intégrante de cette prestation. Pour la rédaction d'un rapport écrit qui ne peut pas être porté en compte à l'assurance soins de santé obligatoire, le kinésithérapeute ne peut pas demander d'honoraires.

c) 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 d'un patient COVID-19-Long.	€ 56,22
400116	Intervention diététique individuelle, pour le bénéficiaire, d'une durée minimale de 30 minutes pour le traitement d'un patient COVID-19-Long.	€ 28,11

Règles d'application

La prestation 400050 ne peut être portée en compte qu'une seule fois au cours d'une année de traitement.

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 diététicien ne peut attester ces prestations que sur la base d'une prescription du médecin généraliste ou du médecin spécialiste indiquant qu'il s'agit d'un patient atteint de COVID-19-Long.

Les prestations 400050 et 400116 comprennent l'élaboration d'un rapport écrit remis au médecin généraliste après le dernier traitement. Le rapport comprend la synthèse de l'examen et de l'intervention diététique, l'évolution du patient et, le cas échéant, une référence succincte aux conseils donnés au patient en ce qui concerne la prévention secondaire et le programme à domicile qui a été recommandé. Une copie du rapport est conservée dans le dossier du patient.

d) Ergothérapeute

400072	Bilan d'observation d'une durée minimale de 60 minutes qui consiste en un examen des capacités et des limitations fonctionnelles du bénéficiaire, effectuée par un ergothérapeute dans le cadre des soins de première ligne, d'un patient COVID-19-Long : <ul style="list-style-type: none">- dans les activités de la vie quotidienne (comme les soins personnels, l'alimentation, les relations interpersonnelles, les déplacements) ;- dans les activités personnelles, scolaires, professionnelles, socioculturelles et de loisirs ;- dans les domaines physique, sensorimoteur, intellectuel, cognitif et relationnel, et comportemental ;- dans son environnement physique, social et culturel ;- et aboutissant à l'établissement d'un rapport écrit des examens effectués, adressé au médecin prescripteur.	€ 56,22
400131	Intervention ergothérapeutique individuelle pour le bénéficiaire d'une durée minimale de 60 minutes, effectuée par un ergothérapeute dans le cadre des soins de première ligne, pour le traitement d'un patient COVID-19-Long. Cette prestation peut être portée en compte 14 fois au cours d'une année de traitement. Cette prestation peut être portée en compte au maximum deux fois par jour.	€ 56,22

Règles d'application

La prestation 400072 ne peut être portée en compte qu'une seule fois au cours d'une année de traitement.

La prestation 400131 peut être portée en compte 14 fois au cours d'une année de traitement, sauf si un certain nombre de prestations 400492 (chapitre V, art. 6 § 2) ont déjà été imputées. Le nombre total de prestations 400131 et 400492 facturées ne peut jamais dépasser 14 sessions au cours d'une année de traitement.

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

L'ergothérapeute ne peut attester ces prestations que sur la base d'une prescription du médecin généraliste ou du médecin spécialiste indiquant qu'il s'agit d'un patient atteint de COVID-19-Long.

Les prestations 400072 et 400131 comprennent l'élaboration d'un rapport écrit remis au médecin généraliste après le dernier traitement. Le rapport comprend la synthèse de l'examen et de l'intervention ergothérapeutique, l'évolution du patient et, le cas échéant, une référence succincte aux conseils donnés au patient en ce qui concerne la prévention secondaire et le programme à domicile qui a été recommandé. Une copie du rapport est conservée dans le dossier du patient.

e) Neuropsychologue

400433	Examen neuropsychologique en première ligne avec évaluation des fonctions cognitives chez un patient atteint de COVID-19-Long et chez qui un dysfonctionnement cérébral non congénital est suspecté, d'une durée minimale de 180 minutes.	€ 260,06
400455	Intervention neuropsychologique individuelle en première ligne pour un patient atteint de COVID-19-Long d'une durée minimale de 60 minutes.	€ 86,69

Règles d'application

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

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

La prestation 400455 peut également être dispensée à distance.

La prestation 400455 peut être portée en compte 10 fois au cours d'une année de traitement, sauf si un certain nombre de prestations 400536 (chapitre V, art. 6 § 2) ont déjà été imputées. Le nombre total de prestations 400455 et 400536 facturées ne peut jamais dépasser 10 sessions au cours d'une année de traitement.

Le neuropsychologue ne peut attester la prestation 400433 que sur prescription du médecin généraliste, d'un neurologue ou d'un médecin physique et de réadaptation. Il transmet un rapport écrit du diagnostic au médecin généraliste et, le cas échéant, au spécialiste demandeur.

La prestation 400455 ne peut être attestée que sur la base d'une prescription du médecin généraliste ou du médecin spécialiste indiquant qu'il s'agit d'un patient atteint de COVID-19-Long.

Les prestations 400433 et 400455 comprennent l'élaboration d'un rapport écrit remis au médecin généraliste après le dernier traitement. Le rapport comprend la synthèse de l'examen et de l'intervention neuropsychologique, l'évolution du patient et, le cas échéant, une référence succincte aux conseils donnés au patient en ce qui concerne la prévention secondaire et le programme à domicile qui a été recommandé. Une copie du rapport est conservée dans le dossier du patient.

§ 2. Prestations par discipline - Deuxième ligne

Les examens et interventions dans le cadre de cette convention ne sont pas cumulables dans la même période 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, 951 ou 771 en cours, une convention « troubles respiratoires chroniques graves » en cours, un traitement dans un centre de réhabilitation cardiaque ou un programme de réadaptation cognitive d'une clinique de la mémoire.

a) Ergothérapeute

400470	Bilan d'observation d'une durée minimale de 60 minutes qui consiste en un examen des capacités et des limitations fonctionnelles du bénéficiaire, effectué par un ergothérapeute dans le cadre des soins de deuxième ligne, pour le traitement d'un patient souffrant de troubles neurocognitifs dans le cadre de COVID-19-Long : - dans les activités de la vie quotidienne (comme les soins personnels, l'alimentation, les relations interpersonnelles, les déplacements) ;	€ 56,22
--------	---	---------

	<ul style="list-style-type: none"> - dans les activités personnelles, scolaires, professionnelles, socioculturelles et de loisirs ; - dans les domaines physique, sensorimoteur, intellectuel et relationnel, et comportemental ; - dans son environnement physique, social et culturel ; - et aboutissant à l'établissement d'un rapport écrit des examens effectués, adressé au médecin prescripteur. 	
400492	Intervention ergothérapeutique individuelle pour le bénéficiaire d'une durée minimale de 60 minutes, effectuée par un ergothérapeute dans le cadre des soins de deuxième ligne, pour le traitement d'un patient souffrant de troubles neurocognitifs dans le cadre de la COVID-19-Long. Cette prestation peut être portée en compte 14 fois au cours d'une année de traitement. Cette prestation peut être portée en compte au maximum deux fois par jour.	€ 56,22

Règles d'application

La prestation 400470 ne peut être portée en compte qu'une seule fois au cours d'une année de traitement.

La prestation 400492 peut être portée en compte 14 fois au cours d'une année de traitement, 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 de traitement.

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

L'ergothérapeute ne peut attester ces prestations qu'après l'exécution de l'examen diagnostique par le neuropsychologue chez un patient où le diagnostic de COVID-19-Long a été posé.

Les prestations 400470 et 400492 comprennent l'élaboration d'un rapport écrit remis au médecin généraliste après le dernier traitement. Le rapport comprend la synthèse de l'examen et de l'intervention ergothérapeutique, l'évolution du patient et, le cas échéant, une référence succincte aux conseils donnés au patient en ce qui concerne la prévention secondaire et le programme à domicile qui a été recommandé. Une copie du rapport est conservée dans le dossier du patient.

b) Neuropsychologue

400514	Examen neuropsychologique en deuxième ligne avec évaluation des fonctions cognitives chez un patient atteint de COVID-19-Long et chez qui un dysfonctionnement cérébral non congénital est suspecté, d'une durée minimale de 180 minutes.	€ 260,06
400536	Intervention neuropsychologique individuelle en deuxième ligne pour un patient atteint de COVID-19-Long d'une durée minimale de 60 minutes.	€ 86,69

Règles d'application

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

La prestation 400536 peut être portée en compte 10 fois au cours d'une année de traitement, sauf si un certain nombre de prestations 400455 (chapitre V, art. 6 § 2) ont déjà été imputées.

Le nombre total de prestations 400514 et 400536 facturées ne peut jamais dépasser 10 sessions au cours d'une année de traitement.

La prestation 400536 peut également être dispensée à distance.

Le neuropsychologue ne peut attester la prestation 400514 que sur prescription du médecin généraliste, d'un neurologue ou d'un médecin physique et de réadaptation. Il transmet un rapport écrit du diagnostic au médecin généraliste et, le cas échéant, au spécialiste demandeur.

La prestation 400536 ne peut être attestée que sur la base d'une prescription du médecin généraliste ou du médecin spécialiste indiquant qu'il s'agit d'un patient atteint de COVID-19-Long.

Les prestations 400514 et 400536 comprennent l'élaboration d'un rapport écrit remis au médecin généraliste après le dernier traitement. Le rapport comprend la synthèse de l'examen et de l'intervention neuropsychologique, l'évolution du patient et, le cas échéant, une référence succincte aux conseils donnés au patient en ce qui concerne la prévention secondaire et le programme à domicile qui a été recommandé. Une copie du rapport est conservée dans le dossier du patient.

CHAPITRE VI.

Art. 7. Durée

La présente convention prend effet le 1^{er} juillet 2024 et arrive à échéance le 31 décembre 2025.

Si le traitement a été initié avant la fin de la présente convention, toutes les prestations effectuées après le 31 décembre 2025 seront prises en charge conformément aux dispositions de la présente convention jusqu'au 31 décembre 2026.

Art. 8. Dispositions transitoires

Ces dispositions sont prévues pour garantir la poursuite de la prise en charge des prestations dispensées aux patients ayant initié un trajet de soins dans le cadre de la convention « Convention COVID-19 Long pour une approche de soins adaptée » du 1^{er} juillet 2023.

La date de démarrage du trajet de soins est entendue comme la date à laquelle le médecin généraliste a attesté le pseudocode 400013 « Traitement dans le cadre du trajet de soins COVID 19 Long ».

Les trajets de soins démarrés jusqu'au 31 décembre 2023 inclus, conformément aux dispositions de l'accord du 1^{er} juillet 2023, continueront à être facturés selon les dispositions de la convention du 1^{er} juillet 2023, étant entendu que l'historique des prestations dispensées dans le cadre de la convention du 1^{er} juillet 2023 est conservé.

Si le trajet de soins a été entamé à compter du 1^{er} janvier 2024 inclus, le patient peut choisir entre :

- poursuivre son trajet de soins conformément aux dispositions de la convention du 1^{er} juillet 2023. L'historique des prestations dispensées dans le cadre de la convention du 1^{er} juillet 2023 est conservé.
- mettre fin au trajet de soins en cours, les dispositions de la présente convention s'appliquent alors. L'historique des prestations dispensées jusqu'au 30 juin 2024 n'est pas pris en compte lors du contrôle des règles d'application mentionnées dans la présente convention.