

# Nouveaux codes de téléconsultation : l'INAMI répond aux questions les plus fréquentes

L'INAMI répond, sur son site, aux questions les plus fréquentes à propos de l'utilisation des nouveaux codes pour facturer les avis médicaux donnés par téléphone en cette période de crise du coronavirus. Nous les reprenons ici.

## **1. Quel code de nomenclature existe-t-il pour l'avis par téléphone pendant la pandémie COVID-19 ?**

Deux codes de nomenclature ont été créés pour les avis par téléphone. Ils peuvent être attestés par tout médecin.

- **101990** Avis en vue du triage COVID-19 Par avis en vue du triage COVID-19, il faut entendre le triage par téléphone après anamnèse complète d'un patient avec des symptômes d'une possible infection au coronavirus, dans une situation spéciale où des mesures s'imposent sur le plan de la santé publique afin de limiter le risque de propagation.

Le médecin doit pouvoir identifier clairement son patient et note dans le dossier médical du patient le contact téléphonique, les conseils fournis et la nature des documents délivrés.

Cette prestation ne peut être attestée qu'une fois par patient.

- **101135** Avis en vue de la continuité des soins. Par avis en vue de la continuité des soins, il faut entendre l'anamnèse par téléphone d'un patient en traitement chez le médecin; patient qui pour des raisons motivées ne peut pas rencontrer le médecin en personne vu les avis concernant la pandémie COVID-19. Cela s'applique également aux patients qui, en raison de leurs problèmes de COVID, consultent le médecin pour un suivi supplémentaire. Le médecin doit pouvoir identifier clairement son patient et note dans le dossier médical du patient le contact téléphonique, la raison motivée qui requière cet avis, les conseils fournis, les adaptations éventuelles au schéma thérapeutique et la nature des documents délivrés. Cette prestation ne peut être attestée qu'une fois par patient par prestataire par période de 7 jours.

## **2. Sous quelles conditions ces codes de nomenclature peuvent-ils être attestés pendant la pandémie COVID-19 ?**

Les prestations 101990 et 101135 :

- Peuvent être attestées par tout médecin, tant généraliste que spécialiste ;

- sont effectuées en dehors de tout examen physique du malade. Le médecin ne rencontre pas le patient en personne ; - incluent la rédaction et la signature éventuelle de certificats, d'ordonnances pharmaceutiques et de documents divers (par exemple : lettre de renvoi, éventuel rapport au médecin détenteur du DMG,...) ; - ne peuvent pas être cumulées avec les honoraires de consultation, visite ou avis de la nomenclature par le même médecin le même jour ;

## **3. À quelle fréquence ces codes peuvent-ils être attestés ?**

La prestation 101990 ne peut être attestée qu'une fois par patient.

Un prestataire peut uniquement attester la prestation 101135 par période de 7 jours par patient.

#### **4. Comment est rémunéré le travail des médecins dans les lieux de triage de patients ?**

À ce stade, les médecins généralistes utilisent les codes de la nomenclature classique (par exemple, le code 101076 pour la consultation d'un médecin généraliste agréé). Nous évaluons en ce moment si d'autres mesures de soutien à ce sujet sont nécessaires.

#### **5. De quelle manière les avis par téléphone doivent-ils être attestés ?**

Les médecins sont invités à attester ces codes spécifiques pour avis par téléphone dans le cadre de COVID-19 via le système du tiers payant, étant donné que le patient n'est pas présent physiquement et qu'aucun ticket modérateur n'est dû.

La facturation au patient est possible, mais est découragée. La facturation se fera de préférence directement à la mutualité via le système du tiers payant, par voie électronique (eFact) ou par papier. À cette fin, le médecin peut s'adresser à un office de tarification ou rassembler lui-même les attestations.

#### **6. Le système du tiers payant est-il obligatoire ?**

Le système du tiers payant est obligatoire pour les médecins généralistes pour des patients bénéficiant de l'intervention majorée. L'utilisation du tiers payant est fortement recommandée pour tous les patients étant donné que le patient n'est pas présent physiquement et qu'aucun ticket modérateur n'est dû.

#### **7. Y a-t-il des limitations de cumul ?**

Les prestations 101990 et 101135 ne peuvent pas être cumulées avec les honoraires de consultation, visite ou avis de la nomenclature.

Les majorations pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié, visées à l'article 26 de la nomenclature des prestations de santé, ne peuvent pas être cumulées avec ces prestations.

Un prestataire peut uniquement attester la prestation 101135 par période de 7 jours par patient.

#### **8. Quels honoraires correspondent à ces codes de nomenclature ?**

Pour les deux prestations, s'appliquent des honoraires de 20 euros, pour toutes les catégories d'assurés. Il n'y a pas de quote part personnelle pour le patient.

On a opté pour un tarif unique pour tous les médecins, indépendamment de leur discipline ou de la durée de la consultation.

#### **9. Qui peut attester ces codes de nomenclature ?**

Les prestations 101135 et 101990 peuvent être attestées par tout médecin, tant généraliste que spécialiste;

#### **10. Durant quelle période ces codes d'avis par téléphone peuvent-ils être attestés ?**

Ces prestations peuvent être attestées pendant la durée de la pandémie COVID-19, à

compter du 14 mars 2020 jusqu'à ce que le Ministre prenne la décision d'abroger les dispositions COVID-19

### **11. En tant que médecin, comment appliquer le régime du tiers payant dans un circuit de facturation papier ?**

Si, pour le médecin, la facturation ne se fait pas encore par voie électronique dans le cadre du système du tiers payant, il doit rassembler ses attestations de soins donnés.

Étant donné que les patients concernés sont en principe ses propres patients, il dispose des données d'identification nécessaires pour ces patients, et peut renseigner ces données sur l'attestation de soins donnés (en apposant une vignette, ou en remplissant manuellement les cases nécessaires).

Sur l'attestation, il renseigne bien sûr aussi le code qu'il veut attester.

En pratique, il rassemblera de préférence les attestations faites, et rédigera à la fin du mois un petit résumé, daté et signé contenant au minimum les données suivantes :

- le nombre d'attestations de soins donnés jointes ;
- son nom, prénom et numéro INAMI ;
- le numéro de compte en banque sur lequel le versement doit être effectué.

S'il désire attester des avis par téléphone pour des patients qu'il ne connaît pas, il doit demander le nom du patient, son numéro de registre national, la mutualité à laquelle le patient est affilié, et renseigner ces données sur l'attestation de soins donnés.

Une communication ultérieure sera faite par la suite quant aux détails pratiques de la procédure sur notre site web. Vous pouvez, si vous le souhaitez, vous adresser à un office de tarification qui se chargera des démarches administratives.

### **12. Un psychiatre peut-il attester une consultation qui se tiendrait par un entretien vidéo individuel ?**

Un entretien vidéo individuel qui se déroulerait en vue de la continuité des soins peut temporairement pendant la pandémie COVID-19 être attesté par le code de nomenclature 101135, mais uniquement à la condition que le médecin ne puisse rencontrer en personne le patient pour des raisons motivées, vu les avis concernant la pandémie COVID-19.

Un prestataire peut uniquement attester la prestation 101135 par période de 7 jours par patient.

Une vidéo-conférence à laquelle plusieurs patients prennent part au même moment ne peut être attestée.

Ces codes d'avis sont des codes ambulatoires, et ne peuvent être utilisés pour des patients hospitalisés.

### **13. Quelles règles s'appliquent aux maisons médicales ?**

En ce qui concerne les maisons médicales, la situation standard sera donc que ces avis téléphoniques sont inclus dans le montant forfaitaire pour la médecine générale. Ces codes ne pourront donc être attestés pour des patients inscrits.

Le règlement prévoit toutefois un nombre d'exceptions permettant l'attestation à l'acte pour un patient inscrit dans une maison médicale. La situation la plus courante est celle où le patient s'inscrit auprès de la maison médicale, mais choisit d'y être soigné pour une période

maximale de trois mois dans le système de remboursement à l'acte. Dans ces circonstances exceptionnelles, la maison médicale peut donc attester les nouveaux codes 101990 et 101135.

L'attestation d'avis par téléphone est par contre autorisée pour des patients non-inscrits.

**14. Le médecin non conventionné doit-il respecter les honoraires de ces prestations ?**

Oui. Les prestations 101990 et 101135 sont considérées comme fournies dans le cadre d'un service de garde organisé, donc vous êtes tenue au tarif de 20 € sans facturer des suppléments, même si vous n'êtes pas conventionnés.

**15. Les codes d'avis par téléphone peuvent-ils être attestés pour reporter des rendez-vous ?**

Non, contacter un patient pour déplacer un rendez-vous n'est pas un acte médical, et ne donne donc pas droit au remboursement d'une quelconque prestation médicale.

**16. Les codes d'avis par téléphone peuvent-ils être attestés pour une simple prolongation de prescription ?**

Pour la simple rédaction de prescriptions médicales, le code de nomenclature 109012 correspondant à l'avis peut être attesté.

**17. Ces codes sont-ils aussi accessibles aux autres dispensateurs de soins ?**

Non, des réglementations spécifiques adaptées sont en cours d'élaboration pour les autres dispensateurs de soins.

> De plus amples informations sont disponibles sur le [site web de l'INAMI](#)