

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2018/273 du 10 octobre 2018

370/2091

En vigueur à partir du 1 septembre 2018

Convention avec le centre de diagnostic multidisciplinaire pour le SFC des UZ Leuven (7.89.453.30) - prolongation

La convention qui est conclue avec le centre de diagnostic multidisciplinaire pour le SFC des UZ Leuven (voire la circulaire OA 2015/160), a été prolongée jusqu'au 31-8-2020 y inclus.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

A. Ghilain
Directeur général a.i.

Annexes : nihil

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2015/160 du 11 juin 2015

370/1838

En vigueur à partir du 1 septembre 2014

Nouvelle convention de rééducation fonctionnelle: centre de diagnostic multidisciplinaire pour le SFC

Le Comité de l'assurance de l'INAMI a approuvé une convention avec les centres de diagnostic multidisciplinaires pour le SFC. Le texte de la convention est joint en annexe. La présente circulaire renvoie à des articles de la convention.

Cette convention est conclue avec le centre suivant (date d'entrée en vigueur¹ = 1-9-2014):

7.89.453.30

UZ Leuven

Herestraat 49

3000 LEUVEN

cvs@upckuleuven.be

Téléphone: 016/34.80.00 016/34.80.01

Une lettre comprenant les instructions pour le centre est jointe à la présente circulaire. Certaines de ces instructions sont pertinentes pour les organismes assureurs.

1. Prestations remboursables

4 prestations sont remboursables sur la base de la convention:

- Bilan multidisciplinaire
- Suivi de traitement
- Séance TCC
- Participation du médecin généraliste

La séance TCC est attestée par le thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC qui réalise la séance TCC, à l'aide de l'attestation TCC (cf. ci-après). Les autres prestations sont attestées par le centre.

Les prix des prestations sont joints à la circulaire.

¹ Dans la pratique, le centre a démarré début 2015

2. Bénéficiaires

Cf. articles 16 et 17.

Il existe un groupe spécifique de bénéficiaires pour lesquels un programme de rééducation de bilan a déjà été réalisé auparavant (pseudocode 777836 ou 777840) dans un ancien centre de référence pour le SFC (centres avec numéro d'agrément commençant par 7.89.40). En ce qui concerne ces bénéficiaires, seuls le suivi de traitement et la séance TCC sont remboursables, à condition que le diagnostic SFC soit posé sur la base du programme de rééducation de bilan. Afin de pouvoir constater qu'il est satisfait à cette condition, le rapport de ce programme doit être joint à la demande

3. Nombre de prestations remboursables par bénéficiaire

Prestation	Nombre maximum de prestations remboursables par bénéficiaire	Nombre maximum de prestations remboursables par bénéficiaire pour lesquels un programme de rééducation de bilan a déjà été effectué auparavant dans un ancien centre de référence pour le SFC, ayant comme diagnostic le SFC (cf. ci-dessus)
Bilan multidisciplinaire	1	-
Suivi de traitement	1	1
Séance TCC	17 pour un même thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC. 20 si la patient change de thérapeute après 3 séances (cf. art 20 §2)	idem
Participation du médecin généraliste	1	-

4. Thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC - attestation TCC

Les séances TCC sont effectuées par les thérapeutes cognitivo-comportementalistes pour le SFC. Le Collège des médecins-directeurs détermine qui entre en ligne de compte à cet effet. Les thérapeutes enregistrés sont repérés dans le fichier SZV (code profession « 97 »). Il s'agit le plus souvent de thérapeutes qui effectuent les séances TCC dans leur pratique en dehors de l'hôpital. Le thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC qui travaille pour le centre, peut effectuer les séances TCC au sein de l'hôpital dont le centre fait partie.

Les séances TCC sont introduites auprès des OA par le biais des attestations TCC (attestation jointe en annexe). L'INAMI transmet les attestations TCC au centre. Le centre transmet les attestations au bénéficiaire. Le centre transmet également une notification à l'OA. Les numéros des attestations TCC délivrées sont mentionnés sur les formulaires de notification. Le thérapeute cognitivo-comportementaliste qui réalise la séance TCC est mentionné sur le formulaire de notification ainsi que sur l'attestation TCC. Après la séance, l'attestation TCC complétée est transmise par le thérapeute à l'OA. Sur l'attestation TCC figure le numéro de compte du thérapeute sur lequel l'OA verse le montant de la séance TCC qui est à la charge de l'organisme assureur.

Le pseudocode pour la séance TCC est 787872 (pour les patients ambulatoires) et 787883 (pour les patients hospitalisés).

5. Demande individuelle d'intervention

Voir à ce propos la lettre comprenant les instructions pour le centre. Le rapport médical et les formulaires de notification sont joints en annexe. Au cours des deux premières années d'application de la convention (jusqu'au 31-8-2016 inclus), le Collège est compétent pour prendre des décisions au sujet des demandes.

Demande d'intervention / notification	Prestations pouvant être réalisées	Période octroyée pour la réalisation des prestations
Accord sur la demande individuelle d'intervention	Bilan multidisciplinaire	Date ou période du bilan multidisciplinaire qui est mentionnée dans le rapport médical
Première notification	Suivi de traitement 3 Séances TCC	Période de 3 mois à compter de la date de notification = période A
Deuxième notification	7 Séances TCC	Période A prolongée de 9 mois = période B (période de 12 mois)
Troisième notification	7 Séances TCC	Période B (aucune nouvelle prolongation). Les deux dernières séances des 17 séances TCC au total peuvent être réalisées au cours de la période B déjà octroyée ou au cours de la période d'un an suivant la période B.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexes :

[convention](#)
[lettre instructions centre](#)
[prix](#)
[attestation TCC](#)
[rapport médical](#)
[1ère notification 3 attestations](#)
[2ème notification 7 attestations](#)
[3ème notification 7 attestations](#)

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 — 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

CONVENTION ENTRE LE COMITÉ DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ ET #### AU NOM DE SON CENTRE DE DIAGNOSTIC MULTIDISCIPLINAIRE POUR PATIENTS SOUFFRANT DU SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE (SFC)

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6° et 23, § 3 ;

Sur proposition du Collège des médecins-directeurs, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Il est convenu ce qui suit, entre :

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé, désigné dans le texte ci-après par « le Comité de l'assurance »,

et d'autre part,

le ####, au nom de son centre de diagnostic multidisciplinaire pour patients souffrant du syndrome de fatigue chronique (SFC), désigné dans le texte ci-après par « centre diagnostique ».

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1^{er}. La présente convention définit les directives d'une dispensation de soins multidisciplinaire, principalement de première ligne, à des patients souffrant du syndrome de fatigue chronique et règle l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations que le « centre de diagnostic pour SFC » et les « thérapeutes cognitivo-comportementalistes pour SFC » réalisent dans ce cadre.

Tant en ce qui concerne le centre de diagnostic d'une part que les thérapeutes cognitivo-comportementalistes d'autre part, la présente convention définit notamment à quels critères ils doivent satisfaire et pour quels bénéficiaires ils peuvent réaliser des prestations remboursables. En ce qui concerne les prestations remboursables, la présente convention détermine quel est le modèle de soins dans lequel ils s'inscrivent et quels sont les conditions de remboursement, les modalités de remboursement et les prix et honoraires de ces prestations.

Pour le centre de diagnostic et les thérapeutes cognitivo-comportementalistes d'une part et le Comité de l'assurance et le Collège des médecins-directeurs d'autre part, la convention régit non seulement les relations et les compétences respectives, mais aussi les relations avec et les compétences tant du Service des soins de santé que des organismes assureurs.

FINALITÉ

Article 2. § 1^{er}. La présente convention est conclue, étant donné :

- que – potentiellement – 20.000 Belges souffrent d'un syndrome de fatigue chronique ayant engendré une diminution considérable de leurs activités personnelles, familiales, sociales et professionnelles ;
- que, dans l'état actuel des connaissances scientifiques, l'étiologie et la physiopathologie de ce syndrome ne sont pas encore suffisamment connus et qu'il n'existe (donc) pas encore de thérapie curative causale dont l'efficacité a été démontrée scientifiquement, pour les patients souffrant de ce syndrome ;
- qu'une recherche *evidence based* a démontré à plusieurs reprises qu'une « thérapie cognitivo-comportementale » et un « programme d'exercices progressif » peuvent entraîner une diminution des plaintes des patients souffrant de cette affection et une amélioration de leur fonctionnement ;
- que différentes instances nationales et internationales faisant autorité d'experts en matière de santé plaident pour une approche multidisciplinaire de ces patients dans le cadre de laquelle les formes de traitement *evidence based* en question peuvent être offertes.

§ 2. La présente convention vise une dispensation de soins multidisciplinaire à des patients souffrant du syndrome de fatigue chronique basée sur des preuves scientifiques suffisantes et assurée principalement par des dispensateurs de soins de première ligne. Pour ce faire, la présente convention règle le remboursement des prestations qui sont réalisées dans ce cadre et pour lesquelles il n'existe pas de remboursement, à savoir le fonctionnement multidisciplinaire des centres de diagnostic pour SFC, la participation du médecin généraliste et les traitements ambulatoires des « thérapeutes cognitivo-comportementalistes ».

§ 3. La convention avec les centres de diagnostic pour SFC, en ce compris le remboursement de la thérapie cognitivo-comportementale, est conclue dans un premier temps pour une période déterminée à titre expérimental. À la fin de la période d'essai, l'exécution des conventions est évaluée sur la base de données enregistrées pendant la période d'essai. Pour cette évaluation, le travail peut se faire en collaboration avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé ou l'Institut scientifique de santé publique. Une évaluation intermédiaire de la convention est effectuée après 2 ans.

Article 3. Il existe différentes dénominations pour le syndrome qui se caractérise principalement par une fatigue chronique inexplicée. La présente convention utilise le terme syndrome de fatigue chronique (SFC). Ce terme est utilisé parce qu'il ne renvoie pas à une cause supposée des plaintes. Les preuves scientifiques en la matière ne sont pas encore suffisantes. Les personnes désignées par un autre label diagnostique mais qui satisfont également à la définition de bénéficiaires entrent également en ligne de compte comme bénéficiaires de la présente convention.

MODÈLE DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE

Article 4. Les principaux dispensateurs de soins qui prodiguent les soins multidisciplinaires visés dans la présente convention à des patients souffrant du SFC sont le médecin généraliste, le « centre de diagnostic SFC » (visé à l'article 9 et suivants), le kinésithérapeute et le « thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC » (visé à l'article 12 et suivants) qui dispensent des séances de traitement individuelles de programme d'exercices progressif et de thérapie cognitivo-comportementale dans leur cabinet en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

Article 5. § 1^{er}. Le médecin généraliste remplit un rôle central en matière de dispensation de soins multidisciplinaire. Il détecte les patients qui souffrent probablement du SFC et les renvoie vers un « centre de diagnostic » si une mise au point diagnostique ou thérapeutique s'avère nécessaire. Cette nécessité est mentionnée dans la lettre de renvoi du médecin généraliste.

§ 2. Les patients qui sont renvoyés par leur médecin généraliste vers le « centre de diagnostic » sont d'abord examinés de manière monodisciplinaire par un médecin spécialiste en médecine interne qui, conformément à l'article 10, fait partie de l'équipe du « centre de diagnostic ». Si ce médecin confirme que le patient répond probablement à la définition de SFC fixée à l'article 16, un « bilan multidisciplinaire » du patient peut être établi.

§ 3. Le « bilan multidisciplinaire » comprend un examen clinique et technique approfondi du patient par le médecin spécialiste en médecine interne et par le médecin spécialiste en psychiatrie qui, conformément à l'article 10, font obligatoirement partie de l'équipe du centre de diagnostic. Ces médecins examinent si le patient satisfait aux critères d'inclusion et d'exclusion du SFC fixés à l'article 16. L'examen monodisciplinaire préalable par le médecin spécialiste en médecine interne peut compter pour le bilan multidisciplinaire.

Les patients pour lesquels un traitement d'exercices progressifs est proposé, conformément au § 4, doivent également être examinés, dans le cadre du bilan multidisciplinaire, par le médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation qui, conformément à l'article 10, fait obligatoirement partie de l'équipe du centre de diagnostic.

§ 4. Les médecins visés au § 3 qui ont examiné le patient se concertent au sujet de leurs résultats et formulent sur la base de ceux-ci un avis de traitement pour le patient.

À condition que le « bilan multidisciplinaire » confirme le diagnostic SFC et que le centre de diagnostic soit convaincu qu'un traitement au moyen d'une thérapie cognitivo-comportementale et/ou un programme d'exercices progressif peut entraîner une diminution des plaintes et une amélioration du fonctionnement du patient, le centre – vu les preuves scientifiques qui existent uniquement pour ces traitements – proposera que le patient suive ce(s) traitement(s). Le centre proposera que le patient suive le traitement en ambulatoire au cabinet d'un thérapeute, en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé, proche du domicile du patient.

§ 5. Le centre de diagnostic invite le médecin généraliste à participer à la concertation visée au § 4 avec les médecins et indique que le médecin généraliste peut, conformément à l'article 22, recevoir une rémunération pour cette participation. C'est également le cas si le médecin généraliste ne peut pas être présent physiquement lors de la concertation mais participe à la concertation via une télécommunication directe pendant 15 minutes minimum.

Le centre de diagnostic informe en tout cas le médecin généraliste par écrit des résultats du « bilan multidisciplinaire » ainsi que du contenu et du fondement de l'avis de traitement formulé.

§ 6. Le centre de diagnostic examine avec le patient les résultats du « bilan multidisciplinaire » et le contenu de l'avis de traitement.

Pour les patients qui appartiennent en principe à la population active, mais qui sont (en partie) inactifs en raison de leur syndrome de fatigue chronique, l'avis de traitement comprend aussi un plan de remise au travail partiel ou complet.

Article 6. § 1^{er}. Compte tenu du fait qu'un traitement de rééducation fonctionnelle et, en particulier, la thérapie cognitivo-comportementale requiert une participation active du patient pour pouvoir atteindre les objectifs visés à l'article 5, § 4, le patient doit donner son consentement éclairés quant à sa participation active pour entrer en ligne de compte pour un remboursement des « séances TCC » chez un « thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC » prévu par la présente convention.

§ 2. Pour les patients qui suivent un traitement chez un « thérapeute cognitivo-comportementaliste », le centre de diagnostic organise une séance d'éducation lors de laquelle les patients sont informés de manière objective sur le SFC (connaissances dont on dispose actuellement sur ce syndrome) et le mode d'approche biopsychosocial de ce syndrome. La séance

d'éducation est donnée aux patients individuellement ou en groupe. Comme cette séance d'éducation vise à faciliter le suivi/l'acceptation de la thérapie cognitivo-comportementale, les patients suivent cette séance d'éducation avant de commencer le traitement.

§ 3. Le centre de diagnostic aide le bénéficiaire à trouver un thérapeute cognitivo-comportementaliste avec lequel le patient, compte tenu de ses caractéristiques et ses préférences, peut établir une bonne relation thérapeutique afin que les objectifs de traitement fixés à l'article 5, § 4, puissent être atteints.

§ 4. Les patients qui souhaitent suivre la thérapie cognitivo-comportementale chez un « thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC » tel que visé à l'article 12 et qui, en vertu de la présente convention, ont droit à un remboursement de ce traitement, reçoivent de la part du centre un certain nombre d'« attestations TCC » comme stipulé à l'article 34. Par « attestation TCC », le patient a droit à une « séance TCC » remboursable chez un « thérapeute cognitivo-comportementaliste » à condition que toutes les conditions en la matière fixées dans la présente convention soient remplies.

§ 5. Un patient a droit à 17 attestations TCC maximum au total. 15 des 17 séances TCC remboursables font partie du programme de base de la thérapie cognitivo-comportementale. Les 2 autres séances remboursables sont des séances de postcure qui ont lieu en principe au moins 3 mois après la séance précédente.

§ 6. Le centre de diagnostic prescrit, au thérapeute cognitivo-comportementaliste qui réalise les séances TCC, à quelle fréquence les séances doivent être organisées. Le thérapeute cognitivo-comportementaliste respecte au mieux la séquence prescrite compte tenu du fait que ce n'est pas toujours possible par exemple en raison des périodes de vacances.

§ 7. Le centre de diagnostic transmet les « attestations TCC » progressivement au bénéficiaire. Dans un premier temps, le bénéficiaire reçoit une série de 3 « attestations TCC ». Ensuite le bénéficiaire peut encore recevoir deux fois une série de 7 « attestations TCC ».

Avant qu'un bénéficiaire puisse recevoir une nouvelle série d'attestations TCC, une évaluation intermédiaire du traitement est réalisée. Dans le cadre de cette évaluation, le thérapeute cognitivo-comportementaliste du centre de diagnostic prend contact avec le bénéficiaire et avec le thérapeute cognitivo-comportementaliste qui traite le bénéficiaire. Le contact avec le bénéficiaire a lieu dans le centre de diagnostic. Le contact avec le thérapeute cognitivo-comportementaliste qui traite le bénéficiaire peut se faire par téléphone.

Le centre de diagnostic peut transmettre une nouvelle série d'«attestations TCC » au bénéficiaire à condition que les séances TCC pour lesquelles le patient a déjà reçu une attestation TCC au préalable aient été effectivement réalisées. En outre, la première évaluation intermédiaire après 3 séances doit démontrer l'absence de contre-indications importantes pour la poursuite du traitement. La deuxième évaluation intermédiaire après 10 séances au total doit révéler que les objectifs formulés à l'article 5, § 4, de la thérapie cognitivo-comportementale ont déjà été atteints en partie, et que cela peut probablement être attribué aux séances TCC. Si tel n'est pas encore le cas, il doit apparaître clairement que ces objectifs pourront être réalisés grâce à la poursuite du traitement.

Article 7. Le centre de diagnostic informe les dispensateurs de soins de première ligne des patients au sujet du SFC et de l'état d'avancement scientifique des connaissances sur ce syndrome. Aux dispensateurs de soins qui réalisent le programme d'exercices progressif et la thérapie cognitivo-comportementale, le centre transmet des directives sur la manière spécifique dont ces traitements doivent être appliqués chez les patients souffrant du SFC. Aux médecins généralistes, le centre de diagnostic transmet notamment des directives sur la manière dont les patients atteints d'un SFC peuvent être dépistés précocement et sur l'accompagnement (notamment dans leurs activités professionnelles) de patients souffrant de plaintes SFC depuis moins de 6 mois et pour lesquels aucun diagnostic SFC n'a donc encore pu être posé (conformément à l'article 16, § 1^{er}).

Article 8. Afin de garantir la continuité des soins et vu la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire des patients, le modèle de soins décrit prévoit l'organisation d'une concertation entre les différents dispensateurs de soins concernés. Ces dispensateurs de soins sont tenus d'informer les patients concernés, si nécessaire, de la portée de leur secret professionnel, compte tenu des discussions de cas en commun.

CENTRE DE DIAGNOSTIC MULTIDISCIPLINAIRE POUR SFC

Article 9. Le « centre de diagnostic multidisciplinaire pour SFC » est une unité fonctionnelle d'un hôpital général ou universitaire qui est constitué d'une équipe multidisciplinaire de dispensateurs de soins spécialisés dans la prise en charge de patients souffrant du SFC via une approche biopsychosociale, *evidence based*. Cette équipe effectue les missions du centre de diagnostic fixées aux articles 5 à 8 inclus.

Article 10. § 1^{er}. L'équipe multidisciplinaire du centre de diagnostic comprend au minimum les disciplines suivantes :

- Médecin spécialiste en médecine interne
- Médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation
- Médecin spécialiste en psychiatrie
- Thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC (qui satisfait aux conditions fixées à l'article 12)
- Personnel administratif

Un des médecins de l'équipe multidisciplinaire est désigné comme médecin coordinateur et dirige le centre de diagnostic. Le médecin coordinateur travaille un nombre minimum de demi-jours par semaine exclusivement pour le centre de diagnostic. Pendant son travail, il dirige le centre et effectue une partie des missions des médecins du centre de diagnostic qui découlent du modèle de soins multidisciplinaire de la présente convention.

Le nombre de demi-jours par semaine pendant lesquels le médecin coordinateur travaille exclusivement pour le centre de diagnostic et le nombre d'ETP de chaque discipline non médicale qui doivent être repris dans l'équipe dépendent du nombre de bénéficiaires pour lesquels le centre de diagnostic peut réaliser, en vertu de l'article 25, un programme complet allant de la pose du diagnostic au suivi du traitement. Le nombre de demi-jours et d'ETP sont fixés en annexe à la présente convention.

§ 2. Chaque membre de l'équipe visée au § 1^{er} peut démontrer son expertise en matière d'approche biopsychosociale du SFC. Les nouveaux membres de l'équipe qui ne possèdent pas encore cette expertise doivent travailler sous la supervision d'un membre de l'équipe qui dispose de cette expertise.

Les membres de l'équipe doivent suivre en permanence des formations en matière de SFC.

Au moins une fois par trimestre est organisée une réunion d'équipe à laquelle participent les médecins et le thérapeute cognitivo-comportementaliste de l'équipe et lors de laquelle sont abordés des thèmes généraux relatifs au SFC et au fonctionnement du centre de diagnostic.

§ 3. Le centre de diagnostic peut faire appel à d'autres sections ou d'autres médecins spécialistes de l'établissement hospitalier du centre de diagnostic si cela s'avère nécessaire pour poser le diagnostic.

Article 11. § 1^{er}. Le centre de diagnostic dispose de locaux où peuvent se tenir les consultations avec les patients, les réunions d'équipe, la concertation avec les médecins de renvoi et les séances d'éducation. Aucune autre activité n'est organisée dans les locaux au même moment.

§ 2. Par 50 bénéficiaires pour lesquels le centre de diagnostic peut réaliser un programme complet annuel allant de la pose du diagnostic au suivi du traitement conformément à l'article 25, § 1^{er}, le centre est ouvert 2 demi-jours par semaine. Le centre est joignable par téléphone au moins pendant ses heures d'ouverture.

§ 3. Le centre de diagnostic et son offre de soins, ses heures d'ouverture et ses coordonnées (adresse e-mail, numéro de téléphone) sont clairement indiqués sur le site web de l'hôpital.

THÉRAPEUTE COGNITIVO-COMPORTEMENTALISTE POUR LE SFC

Article 12. Dans le cadre de la présente convention, le « thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC » est défini comme une personne qui est porteuse d'un diplôme de licencié ou de master en psychologie et qui possède une attestation d'un établissement universitaire belge, délivrée à la suite d'une formation de 3 ans en thérapie cognitivo-comportementale.

Article 13. Pour pouvoir dispenser les séances de TCC remboursables définies à l'article 19, § 2, le « thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC » doit remplir les conditions suivantes :

- Pour le traitement des bénéficiaires, il suit un protocole de thérapie cognitivo-comportementale qui, selon une étude evidence-based, est efficace pour le traitement du SFC. Le Collège des médecins-directeurs décide quel(s) protocole(s) remplissent ces conditions (après avoir consulté le Conseil d'accord visé à l'article 36).
- Il exécute les dispositions du modèle de soins multidisciplinaire qui est défini dans la présente convention et qui le concernent.
- Pendant les périodes d'intervention dans les frais des séances de TCC visées à l'article 30, §§ 2 et 3, le thérapeute cognitivo-comportementaliste ne dispense au bénéficiaire en question aucune autre séance que les séances de TCC prescrites par le centre de diagnostic pour lesquelles le patient du centre de diagnostic a reçu une « attestation TCC ».
- Il ne facture aucun supplément en plus du prix de la séance de TCC fixé à l'article 21, § 2, même si une tierce personne participe à la séance (ce qui est exceptionnellement autorisé par l'article 19). Le cas échéant, le thérapeute cognitivo-comportementaliste facture au bénéficiaire l'intervention personnelle qui est déduite de l'intervention de l'assurance pour la séance de TCC conformément à l'article 35.
- Le thérapeute cognitivo-comportementaliste ne facture aucune rémunération ni à l'organisme assureur ni au bénéficiaire pour des prestations qu'il a réalisées pendant la période d'intervention visée à l'article 30 mais qui ne remplissent pas les conditions de remboursement d'une séance de TCC (un entretien téléphonique par exemple).
- Il s'engage à ne pas facturer de rémunération si un bénéficiaire n'a pas assisté à une séance ou est arrivé en retard.
- Il tient à jour un journal de bord des séances de TCC effectuées, journal qui montre que ces séances remplissent les conditions de l'article 19 (conformément à l'article 32).
- Il s'engage à ne pas effectuer de séance de TCC pendant la période où il reçoit, le cas échéant, des subventions des pouvoirs publics (par exemple pendant son occupation dans un Centre de santé mentale ou un Centre d'aide sociale générale).
- Le thérapeute cognitivo-comportementaliste s'engage à enregistrer, le cas échéant, un nombre restreint de données dans le cadre de l'évaluation visée à l'article 2, § 3, (en respectant la déontologie et la réglementation relative à la protection de la vie privée).
- Il respecte toutes les obligations et procédures qui sont mentionnées dans la présente convention.

Article 14. § 1^{er}. Les personnes qui sont candidates pour dispenser des séances de TCC remboursables en tant que thérapeutes cognitivo-comportementalistes pour le SFC dans le cadre de la présente convention doivent introduire auprès du Service des soins de santé un dossier qui contient une copie du diplôme et de l'attestation visés à l'article 12.

Le candidat joindra au dossier de demande une déclaration signée par lui par laquelle il s'engage à respecter, en tant que thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC, les conditions fixées à l'article 13. Le Comité de l'assurance fixe le modèle de déclaration.

§ 2. Le Collège des médecins-directeurs constate sur la base des dossiers de demande quels candidats sont porteurs des certificats visés à l'article 12 et ont signé la déclaration visée à l'article 14, § 1^{er}. Les candidats qui remplissent ces deux conditions sont considérés, dans le cadre de la présente convention, comme des thérapeutes cognitivo-comportementalistes pour le SFC qui peuvent dispenser des séances de TCC remboursables telles que définies à l'article 19. Ces thérapeutes cognitivo-comportementalistes peuvent réaliser des séances de TCC remboursables à partir du premier jour du mois qui suit ladite constatation par le Collège des médecins-directeurs.

§ 3. Le thérapeute cognitivo-comportementaliste informe le Service des soins de santé par courrier recommandé s'il ne souhaite plus respecter les conditions fixées à l'article 13 et il précise à partir de quand cela est le cas. À partir de cette date, le thérapeute cognitivo-comportementaliste ne pourra plus réaliser de séance de TCC remboursable sur la base de la présente convention.

S'il est constaté qu'un thérapeute cognitivo-comportementaliste ne respecte pas les conditions fixées à l'article 13, le Collège des médecins-directeurs peut décider de mettre fin à la possibilité qu'il a de réaliser des séances de TCC remboursables.

§ 4. Une liste des thérapeutes cognitivo-comportementalistes pour le SFC qui, selon les constatations du Collège des médecins-directeurs, peuvent réaliser des séances de TCC remboursables, avec mention de la date à partir de laquelle ils peuvent le faire et, le cas échéant, ils ne peuvent plus le faire, est communiquée au Comité de l'assurance.

Le Service des soins de santé fournit cette liste aux centres de diagnostic et aux organismes assureurs.

Article 15. La constatation visée à l'article 14, § 2, faite par le Collège des médecins-directeurs qu'une personne remplit les conditions pour pouvoir réaliser, en tant que thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC, des séances de TCC remboursables définies à l'article 19 ouvre pour le thérapeute cognitivo-comportementaliste en question uniquement la possibilité de dispenser aux bénéficiaires atteints de SFC visés à l'article 17, § 2, des séances de TCC remboursables dans les conditions et la période de validité de la présente convention avec les centres de diagnostic pour le SFC.

La constatation en question du Collège des médecins-directeurs est nulle car sans objet à la date où les conventions avec les centres de diagnostic pour le SFC arrivent à échéance conformément à l'article 43. Dès lors, plus aucune séance de TCC remboursable ne peut être réalisée. Ceci vaut également si, à partir de ladite date, des bénéficiaires ont encore en leur possession des attestations TCC visées à l'article 34 qui n'ont pas encore donné lieu à une séance de TCC. Le Comité de l'assurance s'engage néanmoins à définir des modalités d'extinction permettant de terminer de manière non brusque les traitements TCC prescrits, avant que les conventions avec les centres de diagnostic expirent le cas échéant.

BÉNÉFICIAIRES

Article 16. § 1^{er}. Dans le cadre de la présente convention, le syndrome de fatigue chronique est défini comme suit¹ :

une fatigue cliniquement évaluée, inexpiquée, persistante ou récurrente, rapportée par le patient lui-même, et ce durant six mois d'affilée ou plus :

- d'apparition récente ou dont le début est bien défini (dont le patient ne se plaint pas depuis toujours) ;
- qui n'est pas le résultat d'un effort constant ;
- sans amélioration significative par le repos ;
- et dont résulte une baisse sensible du précédent niveau d'activité professionnelle, sociale ou personnelle

et avec la présence simultanée de manière persistante ou récurrente durant six mois d'affilée ou plus d'au moins quatre des symptômes suivants, symptômes non observés avant le début de la fatigue :

- baisse, rapportée spontanément, de la mémoire à court terme ou de la concentration, baisse suffisamment significative pour diminuer de manière évidente le niveau antérieur des activités professionnelles, sociales ou personnelles ;
- maux de gorge ;
- ganglions cervicaux ou axillaires sensibles ;
- douleurs musculaires ;
- douleurs polyarticulaires sans gonflement ou rougeur ;
- céphalées d'un nouveau type, forme ou gravité ;
- sommeil non réparateur ;
- sensation de malaise durant plus de 24 heures après un effort.

§ 2. Toute affection médicale active qui pourrait expliquer la fatigue chronique et toute affection médicale précédemment diagnostiquée, dont la disparition n'a pas été démontrée sans aucun doute clinique et dont la persistance pourrait expliquer la maladie provoquant la fatigue chronique excluent un bénéficiaire dans le cadre de la présente convention du diagnostic de Syndrome de fatigue chronique.

Exemples de diagnostics médicaux d'exclusion permanente : 1) insuffisance d'organe [p. ex. emphysème (pulmonaire), cirrhose, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique]; 2) infections chroniques (p. ex. SIDA, hépatite B ou C); 3) affections rhumatismales ou inflammatoires chroniques (p.ex. lupus érythémateux disséminé, syndrome de Sjögren, polyarthrite rhumatoïde, maladies inflammatoires intestinales, pancréatite chronique); 4) maladies neurologiques sévères (p. ex. sclérose en plaques, maladies neuromusculaires, épilepsie, accident vasculaire cérébral); 5) situations exigeant des traitements systémiques (p. ex. transplantation d'organes ou de moelle osseuse, chimiothérapie systémique, radiothérapie du cerveau, du thorax, de l'abdomen ou du bassin); 6) maladies endocriniennes sévères (p. ex. hypopituitarisme, insuffisance surrénalienne); 7) troubles primaires du sommeil (apnée du sommeil, narcolepsie).

Appartiennent aux diagnostics médicaux d'exclusion temporaires, des situations ou des affections traitables qui doivent être réévaluées après une période de temps, pour déterminer dans quelle mesure elles provoquent la fatigue. Aux diagnostics médicaux d'exclusion temporaire appartiennent : 1) affections ou problèmes nouvellement découverts (p. ex. des effets médicamenteux, une privation de sommeil, une hypothyroïdie non traitée, un diabète instable ou non traité, des infections actives); 2) des situations qui disparaissent à terme (p. ex. une grossesse jusqu'à trois mois postpartum, l'allaitement, une chirurgie majeure jusqu'à six mois après

¹ Définition *Fukuda et al (1994). Ann of Intern Med 121:953-59.* Précision des diagnostics d'exclusion selon *Reeves et al (2003). BMC Health Serv Res 3(1):25 . (cf "Richtlijn Chronisch vermoeidheidssyndroom (Directive Syndrome de fatigue chronique)" de 2013 du CBO des Pays-Bas)*

l'opération, une chirurgie mineure jusqu'à trois mois après l'opération, des infections importantes comme une septicémie ou une pneumonie jusqu'à trois mois après la résolution, des troubles de sommeil comme un syndrome des jambes sans repos et un *periodic limb movement* suffisamment graves pour expliquer la fatigue ; 3) des affections graves dont la résolution est incertaine pour au moins cinq ans (p. ex. infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque); 4) une obésité morbide (indice de masse corporelle > 40).

Les diagnostics psychiatriques d'exclusion permanente sont les diagnostics (à vie) de troubles affectifs bipolaires, de tout type de schizophrénie, de tout trouble hallucinatoire, de tout type de démence, des maladies cérébrales organiques et d'abus d'alcool ou d'autres substances psychoactives durant une période de deux ans avant l'apparition de la fatigue chronique. Les dépressions majeures avec connotation psychotique ou mélancolique, l'anorexie nerveuse et la boulimie sont également des diagnostics d'exclusion sauf quand ils sont résolus cinq ans avant la fatigue.

Article 17. § 1^{er}. Les bénéficiaires qui entrent en ligne de compte pour un « bilan multidisciplinaire » remboursable sont des patients :

- qui ont été envoyés au centre de diagnostic pour le SFC par leur médecin généraliste à l'aide d'une lettre de renvoi (cf. article 5, § 1^{er}),
- et pour lesquels un spécialiste en médecine interne de l'équipe du centre de diagnostic a, conformément à l'article 5, § 2, confirmé sur la base d'un examen monodisciplinaire qu'ils souffrent probablement du SFC tel que défini à l'article 16.

§ 2. Les bénéficiaires qui entrent en ligne de compte pour les « séances de TCC » et le « suivi du traitement » remboursables sont des patients :

- pour lesquels le bilan multidisciplinaire a confirmé qu'ils souffrent du SFC tel que défini à l'article 16,
- et qui ont signé le formulaire de consentement éclairé visé à l'article 6, § 1^{er}, par rapport à la thérapie cognitivo-comportementale.

§ 3. Le modèle de la lettre de renvoi visée à l'article 17, § 1, et du formulaire de consentement éclairé visé à l'article 17, § 2, est fixé par le Collège des médecins-directeurs.

§ 4. Les personnes pour lesquelles un « programme de rééducation de bilan » avait été réalisé par un centre de référence pour patients souffrant du syndrome de fatigue chronique (dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle arrêtée qui avait été conclue par le passé avec les centres de référence dont le numéro d'agrément commence par 7.89.40x) n'entrent pas en ligne de compte pour un « bilan multidisciplinaire » remboursable dans le cadre de la présente convention. Ces personnes entrent cependant en ligne de compte pour les « séances de TCC » remboursables et pour le « suivi de traitement », à condition que le programme de rééducation de bilan réalisé auparavant pour elles dans un centre de référence ait confirmé qu'elles souffraient de SFC.

NATURE DES PRESTATIONS REMBOURSABLES

Article 18. § 1^{er}. Le bilan multidisciplinaire est la prestation remboursable du centre de diagnostic qui accomplit pour le bénéficiaire visé à l'article 17, § 1^{er}, les différentes activités liées à la réalisation de ce qui est défini à l'article 5, § 3 à 6 inclus.

La date du bilan multidisciplinaire est la date de la discussion visée à l'article 5, § 6, menée avec le patient au sujet des résultats du bilan et du contenu de l'avis en matière de traitement.

§ 2. Le suivi du traitement est la prestation remboursable du centre de diagnostic qui accomplit pour le bénéficiaire visé à l'article 17, § 2, les différentes activités liées à la réalisation de ce qui est défini aux articles 6 et 7.

La date du suivi du traitement est la date à laquelle a lieu le dernier contact obligatoire avec le bénéficiaire et le thérapeute cognitivo-comportementaliste dans le cadre de la première évaluation intermédiaire visée à l'article 6, § 7.

Article 19. La séance de TCC est la prestation remboursable du thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC qui dispense au bénéficiaire visé à l'article 17, § 2, une séance de thérapie cognitivo-comportementale qui remplit les conditions suivantes :

- Elle fait partie d'un plan de traitement de 17 séances de TCC maximum dont le contenu correspond à un protocole de thérapie cognitivo-comportementale dont l'efficacité pour traiter le SFC a été démontrée par une recherche *evidence-based* (cf. article 13, 1°).
- Elle dure au moins 50 minutes pendant lesquelles le thérapeute cognitivo-comportementaliste et le bénéficiaire sont physiquement présents ensemble dans le cabinet du thérapeute cognitivo-comportementaliste.
- Il s'agit d'une séance individuelle à laquelle participe un seul bénéficiaire. À titre exceptionnel, le partenaire ou un membre de la famille du bénéficiaire peut être présent également si cela n'est pas contraire au protocole thérapeutique, à condition qu'il ne soit pas lui-même un bénéficiaire.

Article 20. § 1^{er}. Chaque prestation définie à l'article 18 ne peut donner lieu qu'à une seule intervention par bénéficiaire, quel que soit le centre de diagnostic qui réalise la prestation.

§ 2. Par bénéficiaire, 17 séances de TCC maximum peuvent donner lieu à une intervention, quel que soit le thérapeute cognitivo-comportementaliste qui réalise les séances.

Compte tenu qu'un traitement complet par thérapie cognitivo-comportementale exige en principe 17 séances et qu'un traitement arrêté prématurément ne peut pas être poursuivi par un autre thérapeute cognitivo-comportementaliste vu le caractère unique d'un traitement psychothérapeutique, un bénéficiaire ne peut pas suivre les séances de TCC restantes chez un autre thérapeute cognitivo-comportementaliste dans le cadre d'un nouveau traitement s'il n'a pas atteint le maximum de 17 séances avant l'arrêt de la thérapie.

Compte tenu du fait que dans le cadre d'une psychothérapie, l'alliance thérapeutique est essentielle pour atteindre les objectifs de la thérapie, le patient peut demander une autre thérapie cognitivo-comportementale de 17 séances maximum chez un autre thérapeute cognitivo-comportementaliste si la thérapie précédente a été arrêtée à la suite de la première évaluation intermédiaire (après 3 séances de TCC) en raison d'une faible alliance thérapeutique entre le thérapeute cognitivo-comportementaliste précédent et le patient. Dans ce cas exceptionnel, le bénéficiaire considéré peut obtenir le remboursement d'un maximum de 20 séances TCC dispensées par un thérapeute cognitivo-comportementaliste.

PRIX DES PRESTATIONS REMBOURSABLES ET RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE POUR LA PARTICIPATION À LA CONCERTATION DE MÉDECINS

Article 21. § 1^{er}. Compte tenu des principes du calcul du coût qui figure en annexe de la présente convention, tant le prix du « bilan multidisciplinaire » que le prix du « suivi du traitement » est fixé à 550,80 euros.

Ces forfaits couvrent le coût de la direction médicale du centre de diagnostic et de toutes les activités des médecins (notamment la concertation en équipe et la concertation avec le médecin généraliste) qui sont décrites dans le modèle de soins multidisciplinaire défini aux articles 4 à 8 inclus et qui ne sont pas couvertes par les prestations de la nomenclature des prestations de santé. Les forfaits couvrent également le coût de toutes les activités du personnel non médical de l'équipe du centre de diagnostic dans le cadre de son travail au sein du centre de diagnostic ainsi que les frais de fonctionnement du centre de diagnostic.

§ 2. Le prix de la « séance de TCC » est fixé à 49,48 euros.

Ce forfait couvre le coût total en temps et les frais de fonctionnement pour la réalisation d'une séance de TCC par le thérapeute cognitivo-comportementaliste. Il couvre aussi le coût de toutes les activités auxquelles il est lié en vertu de la déclaration visée à l'article 14, § 1^{er}, activités qu'il accomplit en dehors de la présence du bénéficiaire (entre autres les contacts avec le centre de diagnostic, la procédure pour attester les séances de TCC,...). Le forfait couvre également les frais liés aux éventuels contacts (par téléphone ou par courriel par exemple) avec le bénéficiaire ou un de ses proches, contacts qui ne sont pas remboursables séparément.

§ 3. La partie indexable des prix fixés aux §§ 1^{er} et 2 est liée à l'indice-pivot 119,62 (décembre 2012) des prix à la consommation. Cette partie indexable, dont le taux est mentionné dans l'annexe à la présente convention, est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

Article 22. Le montant de la rémunération visée à l'article 5, § 5, pour la participation du médecin généraliste à la concertation de médecins au sein du centre de diagnostic est égal à 65,00 euros. Ce montant est entièrement lié à l'indice-pivot mentionné à l'article 21, § 3, et il est adapté conformément aux dispositions de la loi citée dans le même paragraphe.

Le centre de diagnostic facture ce montant à l'organisme assureur du bénéficiaire concerné et le verse sans délai au médecin généraliste concerné.

La rémunération pour la participation du médecin généraliste peut être attestée une fois par bénéficiaire maximum.

DISPOSITIONS RELATIVES AU CUMUL

Article 23. § 1^{er}. Les prestations des médecins du centre de diagnostic qui figurent dans la nomenclature des prestations de santé peuvent être attestées pour autant que les conditions de ladite nomenclature soient respectées.

À l'exception de prestations visées au § 2, les activités réalisées par le personnel non médical du centre de diagnostic pour un bénéficiaire pendant leur temps d'occupation au sein du centre ou en dehors de ces heures ne peuvent pas être facturées séparément.

Les éventuelles activités qui sont réalisées pour un bénéficiaire dans l'hôpital du centre de diagnostic pendant la période d'intervention de l'assurance visée à l'article 30 par des personnes ne faisant pas partie de l'équipe du centre de diagnostic, activités liées à la pathologie du SFC du bénéficiaire et ne figurant pas dans la nomenclature des prestations de santé, ne peuvent pas non plus être facturées séparément au bénéficiaire ou à son organisme assureur.

§ 2. Selon le modèle de soins multidisciplinaire, les séances de TCC sont en principe réalisées par un thérapeute cognitivo-comportementaliste dans son cabinet, en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé. Si le centre de diagnostic ne trouve pas un tel thérapeute pour un bénéficiaire donné, les séances de TCC peuvent exceptionnellement être réalisées par le thérapeute cognitivo-comportementaliste pour le SFC du centre de diagnostic, en dehors de son temps d'occupation au sein du centre, dans un cabinet en dehors du centre de diagnostic.

§ 3. Le pouvoir organisateur du centre de diagnostic s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires en vue d'assurer le respect des dispositions du présent article et endosse toute responsabilité en la matière.

Le non-respect des dispositions du présent article est considéré, par les parties, comme un motif justifiant la résiliation de la convention, à condition que le pouvoir organisateur

du centre de diagnostic ait eu l'opportunité d'exposer, par écrit, les raisons du non-respect de ces dispositions.

Article 23bis. Une période d'intervention de l'assurance dans le cadre de la présente convention ne peut pas être cumulée avec un traitement par un centre multidisciplinaire de traitement de la douleur chronique qui a signé une convention B4 pour laquelle le Service public fédéral Santé publique est compétent. Le cas échéant, il incombe au centre de diagnostic et au centre multidisciplinaire de traitement de la douleur chronique de déterminer ensemble avec le patient concerné lequel des deux centres est le plus adapté à ses besoins et se charge de son accompagnement, l'autre centre ne l'accompagnant plus.

DOSSIER MÉDICAL

Article 24. Le centre de diagnostic doit tenir à jour pour chaque patient qui fait appel à lui un dossier individuel concernant spécifiquement le syndrome de fatigue chronique (préssumé) dont souffre ledit patient.

Ce dossier doit contenir, au moins, les données suivantes :

- les données d'identification du patient
- la lettre de renvoi du médecin généraliste (visée à l'article 5, § 1^{er})
- les résultats de tous les actes diagnostiques réalisés dans le centre de diagnostic ou à la demande de ce dernier pour le patient
- une mention de tous les contacts du patient avec des membres de l'équipe du centre de diagnostic
- les conclusions des réunions d'équipe concernant ce patient
- une copie de la correspondance échangée avec le médecin généraliste
- le cas échéant, la mention de la participation du médecin généraliste visée à l'article 5, § 5, qui est une prestation remboursable
- le cas échéant, le consentement éclairé visé à l'article 6, § 1^{er}
- toute autre correspondance concernant le patient.

CAPACITÉ DE FACTURATION DU CENTRE DE DIAGNOSTIC

Article 25. § 1. Par année civile, le centre de diagnostic peut mener un programme complet allant de la pose du diagnostic au suivi du traitement pour [X] bénéficiaires. Ceci implique que par année civile, le centre de diagnostic peut effectuer [X] « bilans multidisciplinaires » et [X] « suivis du traitement » qui peuvent être portés en compte aux organismes assureurs.

D'une part, compte tenu que tous les bénéficiaires pour lesquels un « bilan multidisciplinaire » est réalisé n'entreront pas en ligne de compte pour la prestation « suivi du traitement » (parce que le diagnostic de SFC n'est pas confirmé, que la thérapie cognitivo-comportementale n'est pas le traitement indiqué pour le patient en question,...), le centre de diagnostic peut, lors d'une année donnée, réaliser plus de [X] bilans multidisciplinaires remboursables. D'autre part, vu l'objectif de cette convention, à savoir permettre le remboursement pour les bénéficiaires atteints de SFC de thérapie cognitivo-comportementale en ambulatoire suivie chez des thérapeutes privés de première ligne, seule une partie de la capacité de facturation peut être utilisée pour les bilans multidisciplinaires.

§ 2. Compte tenu des considérants du § 1^{er}, le centre de diagnostic peut, par année civile, réaliser [X*2] prestations remboursables maximum (un « bilan multidisciplinaire » ou un « suivi du traitement »). Au total, sur une base annuelle, le centre de diagnostic peut en outre réaliser [X+(X/4)] « bilans multidisciplinaires » remboursables maximum. Ce nombre de [X+(X/4)] est inclus dans le nombre de [X*2] prestations remboursables (un « bilan multidisciplinaire » ou un « suivi du traitement ») que le centre de diagnostic peut effectuer par an.

Le centre de diagnostic s'engage à ne pas facturer aux organismes assureurs plus que le nombre global de $[X*2]$ unités remboursables ni plus que le nombre spécifique de $[X+(X/4)]$ « bilans multidisciplinaires ».

Pour l'application de ces dispositions, il convient de tenir compte pour les prestations attestées de la date à laquelle la prestation a été effectuée (cf. article 18, § 1^{er}, et § 2) et non pas de la date à laquelle elle a été attestée.

§ 3. Pour les années civiles au cours desquelles la présente convention est partiellement d'application seulement (par exemple l'année civile au cours de laquelle elle entre en vigueur et celle au cours de laquelle elle se termine conformément aux dispositions de l'article 43), les maxima mentionnés au § 2 doivent être diminués proportionnellement à la durée d'application de la présente convention pendant l'année civile en question.

§ 4. Les prestations qui seraient facturées aux organismes assureurs belges pour des patients à charge d'un organisme assureur étranger sont incluses dans les maxima mentionnés au § 2.

§ 5. Pour pouvoir conclure la présente convention, le nombre de bénéficiaires visé à l'article 25, § 1^{er}, alinéa premier, pour lesquels le centre de diagnostic peut mener un programme complet doit être égal à 50 au moins.

PROCÉDURE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE

Article 26. Les prestations définies dans la présente convention n'entrent en ligne de compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé que si le Collège des médecins-directeurs (institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI) ou le médecin-conseil - si ce dernier est réglementairement compétent – s'est prononcé en faveur de la prise en charge de ces prestations pour le bénéficiaire concerné.

Une telle décision favorable ne donne, toutefois, pas droit automatiquement à une intervention financière de l'assurance obligatoire soins de santé : seules les prestations effectivement réalisées au cours de la période de prise en charge acceptée par l'instance compétente et qui répondent à toutes les autres conditions postulées dans la présente convention, entrent en ligne de compte pour le remboursement.

Une décision favorable donne droit au remboursement du « bilan multidisciplinaire ». A condition que le bénéficiaire, après la notification visée à l'article 28, § 1, réponde aux conditions de l'article 17, § 2, cette décision favorable donne également droit au remboursement des « séances de TCC » et du « suivi du traitement ».

Article 27. § 1^{er}. Une demande de prise en charge - par l'assurance obligatoire soins de santé - doit être introduite par le bénéficiaire, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le centre de diagnostic s'engage à aider le bénéficiaire lors de l'introduction des demandes, notamment en veillant au respect du délai imparti pour l'introduction de la demande.

Si le centre de diagnostic a pris la responsabilité d'introduire lui-même la demande d'intervention, il s'engage à ne pas répercuter sur le bénéficiaire concerné les frais qui ne seraient pas remboursés par l'organisme assureur en raison de l'introduction tardive de la demande.

§ 2. L'arrêté royal cité au § 1^{er}, prévoit notamment, que le bénéficiaire introduise sa demande de prise en charge au moyen d'un formulaire conforme au modèle approuvé par le Comité de l'assurance.

La demande doit être obligatoirement accompagnée d'un rapport médical, établi sous la responsabilité d'un médecin du centre de diagnostic. Il doit ressortir de ce rapport médical qu'il s'agit d'un bénéficiaire tel que visé à l'article 17, § 1 de la présente convention. Le rapport médical doit, au moins, indiquer les données suivantes :

- l'identité du bénéficiaire
- la lettre de renvoi du médecin généraliste (cf. article 5, § 1^{er})
- la confirmation par le médecin spécialiste en médecine interne du centre de diagnostic que, selon l'examen qu'il a réalisé, le patient souffre probablement du SFC (cf. article 5, § 2)
- la date du bilan multidisciplinaire visée à l'article 18, § 1^{er}, ou la date de début et de fin de la période dans laquelle cette date se situera.

Si cela concerne un bénéficiaire visé à l'article 17, § 4, pour lequel la présomption de SFC a été confirmée sur la base d'un programme de rééducation de bilan dans un ancien centre de référence pour patients souffrant du syndrome de fatigue chronique, et pour lequel seule la prise en charge du suivi du traitement et des attestations de TCC est demandée, le rapport du programme de rééducation de bilan visé est joint au rapport médical.

Article 28. § 1^{er}. Si le bénéficiaire répond aux conditions de l'article 17, § 2, lorsque le centre de diagnostic a remis au bénéficiaire une 1^{ère} série d'attestations TCC, le centre le notifie à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Le cas échéant, il est indiqué dans la notification que la situation exceptionnelle visée à l'article 20, § 2, 2^e et 3^e alinéas, est d'application.

§ 2. Si sur base de l'évaluation intermédiaire après les 3 1^{ères} séances TCC par un thérapeute cognitivo-comportementaliste, telle qu'elle est visée à l'article 6, § 7, il est décidé de poursuivre le traitement cognitivo-comportementaliste chez ce thérapeute, le centre de diagnostic envoie une nouvelle notification à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Article 29. Le Collège des médecins-directeurs peut à tout moment imposer un modèle pour rédiger le rapport médical visé à l'article 27, § 2, et les notifications visées à l'article 28.

Le centre de diagnostic s'engage à fournir au Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire - si ce dernier est compétent -, toute information demandée pour apprécier les demandes individuelles de prise en charge.

Article 30. § 1. La période d'intervention de l'assurance qui peut être accordée pour le « bilan multidisciplinaire » est la date ou la période du bilan multidisciplinaire mentionnée dans le rapport définit dans l'article 27, § 2.

§ 2. La période d'intervention de l'assurance qui est accordée pour le suivi du traitement et les 3 1^{ères} séances TCC auxquelles se rapporte la notification visée à l'article 28, § 1, dure 3 mois et débute à la date de cette notification.

Sur base de la notification visée à l'article 28, § 2, la période d'intervention de l'assurance visée à l'article 30, § 2, est prolongée de 9 mois. Durant cette période, un maximum de 12 séances TCC du programme de thérapie cognitivo-comportementale visé à l'article 6, § 5, peuvent être réalisées, si le patient répond aux conditions de la présente convention.

§ 3. Durant la période d'un an qui suit la période visée à l'article 30, § 2, un maximum de 2 séances TCC peut encore être réalisé. Il s'agit des séances de posture visées à l'article 6, § 5.

§ 4. Le centre de diagnostic communique au thérapeute qui réalise les séances TCC les dates de début et de fin des périodes d'intervention dans les coûts des séances visées à l'article 30, §§ 2 et 3.

ENREGISTREMENT DE PRESTATIONS – COMMUNICATION DES CHIFFRES DE PRODUCTION

Article 31. § 1. Le centre de diagnostic tient à jour un registre de toutes les prestations réalisées par le centre (« bilans multidisciplinaires » et « suivis du traitement ») sur la base d'un modèle conçu par le Service des soins de santé. Ce registre doit être considéré comme un document de base en vue de la facturation visée à l'article 33.

Dans ce registre est notée l'identité de tous les patients qui ont bénéficié de ces prestations, y compris celle des patients qui ne sont pas bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé.

Toutes les prestations qui ont été réalisées au cours d'une journée par le centre de diagnostic, doivent être notées ce même jour dans le registre.

La date à laquelle un « bilan multidisciplinaire » est noté dans le registre est la date visée à l'article 18, § 1, 2^e alinéa.

La date à laquelle un « suivi du traitement » est noté dans le registre est la date visée à l'article 18, § 2, 2^e alinéa.

§ 2. Le fait que les prestations (« bilans multidisciplinaires » et « suivis du traitement ») notées dans le registre visé au § 1^{er}, répondent aux conditions précisées à l'article 18, doit pouvoir être étayé au moyen de carnets de rendez-vous ou de journaux de bord tenus à jour par les divers membres de l'équipe. Les différentes interventions des membres de l'équipe du centre de diagnostic qui sont décrites dans le modèle de soins multidisciplinaire et qui, selon l'article 18, §§ 1 et 2, doivent faire partie du « bilan multidisciplinaire » et du « suivi du traitement » doivent ressortir des carnets de rendez-vous ou journaux de bord visés.

§ 3. Les registres, carnets de rendez-vous et journaux de bord mentionnés dans le présent article, sont conservés par le centre de diagnostic et tenus à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI et des médecins-conseils des organismes assureurs, et ce pendant cinq ans.

§ 4. Le registre de présence visé au § 1^{er} constitue la base pour les chiffres de production, par lesquels on entend : le nombre de forfaits prestés (par sorte) multiplié par leur prix respectif.

Le centre de diagnostic s'engage à transmettre au Service des soins de santé les chiffres de production relatifs à chaque trimestre avant la fin du mois qui suit le dernier mois de ce trimestre.

Le Service des soins de santé peut à tout moment imposer de nouvelles modalités de recueil et de transaction au Service des soins de santé de ces chiffres de production.

§ 5. Le centre de diagnostic s'engage à fournir les registres de présence visés au § 1 à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, pour étayer les chiffres de production transmis. La transmission délibérée de chiffres de production erronés entraînera la suspension d'office du paiement par les organismes assureurs des prestations prévues dans le cadre de cette convention.

En cas de non-respect de l'obligation de compléter correctement les registres de présence visés au § 1, les prestations dispensées le jour où l'infraction a été constatée ne seront pas remboursées lors d'une première infraction ; dans le cas d'une deuxième infraction,

aucune prestation ne sera remboursée pour les jours où le registre hebdomadaire n'aura pas été complété correctement.

Si les chiffres de production d'un trimestre déterminé ne sont pas transmis avant la fin du mois qui suit la fin d'un trimestre, le centre de diagnostic sera rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les chiffres de production ne sont toujours pas transmis dans les 30 jours civils suivant l'envoi recommandé, les paiements par les organismes assureurs des prestations prévues dans le cadre de la présente convention seront suspendus d'office.

§ 6. Le non-respect des obligations visées aux §§ 1^{er}, 3 et 4 du présent article est considéré comme une faute grave. Les mesures énoncées au § 5 du présent article ne limitent en aucun cas le droit du Comité de l'assurance de prendre éventuellement d'autres mesures jugées utiles, tout comme il peut le faire pour tout autre cas de non-respect des obligations prévues par la présente convention ou par la législation relative à l'assurance soins de santé.

Article 32. Le « thérapeute cognitivo-comportementaliste du SFC » tient un journal de bord à jour sur la base duquel on peut étayer que les séances TCC qu'il a portées en compte (via la procédure visée à l'article 34) répondent aux conditions de l'article 19.

Pour ce faire, il y a lieu de mentionner dans le journal de bord les données suivantes pour chaque séance TCC:

- L'identité du bénéficiaire et des éventuelles autres personnes qui participent à la séance (cf. article 19, 3°)
- L'heure exacte de début et de fin de la présence physique du bénéficiaire lors de la séance.
- Une brève description du contenu de la séance qui permet de constater si la condition de l'article 19, 1° est remplie.

Les données visées doivent être mentionnées dans le journal de bord le jour où la séance TCC est réalisée.

Le journal de bord mentionné dans le présent article est conservé par le « thérapeute cognitivo-comportementaliste » et gardé à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI et des médecins-conseils des organismes assureurs et ce, pendant 5 ans.

Le non-respect des obligations mentionnées dans le présent article est considéré comme une faute grave. Le cas échéant, le Collège des médecins-directeurs peut décider de la possibilité de mettre fin à la réalisation des séances TCC par le « thérapeute cognitivo-comportementaliste » en question.

FACTURATION

Article 33. Le centre de diagnostic s'engage à facturer les prix du « bilan multidisciplinaire » et du « suivi du traitement », fixés conformément à l'article 21, § 1, aux organismes assureurs, au moyen de la bande magnétique de l'établissement hospitalier dont le centre de diagnostic fait partie.

Le pouvoir organisateur du centre de diagnostic assume toute responsabilité concernant la conformité de toutes les dispositions de la convention et des prestations du centre de diagnostic qui sont portées en compte aux organismes assureurs pour les bénéficiaires sur la base de la présente convention.

Article 34. § 1^{er}. Le « thérapeute cognitivo-comportementaliste » atteste le prix de la « séance TCC » fixé en vertu de l'article 21, § 2, à l'aide de l'« attestation TCC ».

§ 2. L' « attestation TCC » est un document que le centre de diagnostic transmet à un bénéficiaire visé à l'article 17, § 2, afin qu'il puisse prétendre à une « séance TCC » remboursable auprès d'un « thérapeute cognitivo-comportementaliste du SFC ».

Le centre de diagnostic reçoit par année civile du Service des soins de santé, 17 attestations TCC par bénéficiaire parmi le nombre théorique de bénéficiaires pour lesquels en vertu de l'article 25, § 1^{er}, un programme complet allant de la pose du diagnostic au suivi du traitement peut être réalisé par année civile. Pour l'année civile au cours de laquelle la présente convention prend cours et pour l'année civile au cours de laquelle elle prend fin, le nombre d'attestations TCC que le centre de diagnostic reçoit, est proportionnellement réduit.

L'année civile au cours de laquelle la séance TCC doit être réalisée qui peut être attestée à l'aide de l'attestation TCC, est mentionnée sur les attestations TCC.

Le centre de diagnostic mentionne sur l'attestation TCC l'identité et les données de l'organisme assureur du bénéficiaire de même que le nom et l'adresse du « thérapeute cognitivo-comportementaliste » qui peut réaliser la séance TCC attestable via l'attestation TCC.

Dans le cadre de la procédure de notification visée à l'article 28, le centre de diagnostic indique à l'organisme assureur du bénéficiaire, à quel bénéficiaire et pour quel thérapeute cognitivo-comportementaliste le centre a délivré des attestations TCC.

§ 3. Le « thérapeute cognitivo-comportementaliste » qui réalise la séance TCC vérifie si le bénéficiaire dispose d'une attestation TCC valable pour l'année au cours de laquelle la séance TCC a lieu et le « thérapeute cognitivo-comportementaliste » qui peut réaliser la séance TCC. Conformément à l'article 13, le « thérapeute cognitivo-comportementaliste » ne peut attester la séance TCC ni au bénéficiaire, ni à l'organisme assureur si le bénéficiaire ne dispose pas d'une attestation TCC valable pour la séance TCC. Le thérapeute cognitivo-comportementaliste vérifie aussi si les séances TCC sont bien réalisées durant la période d'intervention de l'assurance visée à l'article 30, § 2 ou § 3.

Lorsqu'une séance TCC remboursable est réalisée, le « thérapeute cognitivo-comportementaliste » reçoit l' « attestation TCC » du bénéficiaire. Le « thérapeute cognitivo-comportementaliste » mentionne la date de la « séance TCC » sur l'attestation et transmet l'attestation à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Article 35. En application des dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996 *portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation*, les prix du « bilan multidisciplinaire » et du « suivi du traitement » facturés aux organismes assureurs, doivent, pour les patients ambulatoires du centre de diagnostic, être réduits du montant prévu à l'arrêté royal. Ceci s'applique également au prix de la « séance TCC ».

Compte tenu des dispositions de l'arrêté royal précité, les prix du « bilan multidisciplinaire » et du « suivi du traitement », facturés aux organismes assureurs, ne doivent pas être réduits pour les bénéficiaires du centre de diagnostic hospitalisés, auxquels s'appliquent les dispositions de l'article 37bis, § 3, de la loi *relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994*, et/ou les dispositions de l'arrêté royal du 5 mars 1997 *fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation*.

CONSEIL D'ACCORD

Article 36. § 1^{er}. Un Conseil d'accord est institué dans le cadre des conventions conclues avec les « Centres de diagnostic pour patients souffrant du SFC ».

§ 2. Le Conseil d'accord se compose, d'une part, de médecins coordinateurs de chaque centre de diagnostic et, d'autre part, de membres du Collège des médecins-directeurs. La présidence est assurée par le président du Collège des médecins-directeurs. Un médecin fonctionnaire du Service des indemnités fait également partie du Conseil d'accord.

§ 3. Le Collège des médecins-directeurs peut décider d'inviter d'autres organisations ou instances à participer au Conseil d'accord si nécessaire en vue de l'examen de certains sujets ou de l'accomplissement de certaines missions. Les cas prévus dans l'article 37 ne sont pas exhaustifs.

Dans certains cas où les sujets traités concernent les thérapeutes cognitivo-comportementalistes, le Conseil d'accord peut organiser une concertation avec les associations de thérapeutes comportementalistes. Ces associations seront invitées via le site de l'INAMI à se faire connaître auprès du Collège des médecins-directeurs.

§ 4. Le Conseil d'accord se réunit à la demande du président du Collège des médecins-directeurs ou à la demande d'au moins 1/3 des membres.

Article 37. § 1^{er}. Les missions du Conseil d'accord sont les suivantes :

- Suivi permanent de l'exécution des conventions, plus particulièrement :
 - + l'application et l'applicabilité du modèle de soins multidisciplinaire
 - + le fonctionnement des centres de diagnostic
 - + la collaboration avec les médecins généralistes (en concertation avec les associations de médecins qui siègent au Comité de l'assurance)
 - + la collaboration avec les kinésithérapeutes (en concertation avec les associations de kinésithérapeutes qui siègent au Comité de l'assurance)
 - + la disponibilité et la collaboration des thérapeutes cognitivo-comportementalistes (en concertation avec les associations de thérapeutes cognitivo-comportementalistes)
- Suivi permanent de la situation scientifique concernant le syndrome de fatigue chronique
- Evaluation des conventions (éventuellement en collaboration avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé et l'Institut scientifique de santé publique). Dans ce cadre, les missions sont entre autres :
 - + la fixation d'un protocole d'enregistrement. Celui-ci détermine les données qui seront enregistrées concernant les bénéficiaires pris en charge, les prestations dispensées et le résultat de ces prestations (évaluations *baseline* et évaluations de suivi).
 - + la fixation de la période d'enregistrement
 - + la fixation de la manière dont les données d'enregistrement sont centralisées et traitées (par l'Institut scientifique de santé publique)
 - + l'analyse des données d'enregistrement traitées
 - + un rapport au Comité de l'assurance concernant l'évaluation et des avis sur la stratégie future en matière de SFC.
- Rédaction d'un ensemble d'informations et de directives destinées aux dispensateurs de première ligne (cf. article 7)

§ 2. Le Conseil d'accord peut, en accord avec les associations de thérapie cognitive comportementaliste formuler à l'attention et vis-à-vis du Comité de l'assurance des propositions de conditions d'assimilation auxquelles les « thérapeutes cognitivo-comportementalistes » doivent satisfaire lorsqu'ils n'ont pas suivi la formation universitaire en thérapie cognitive comportementaliste visée dans l'article 12, en principe, parce que cette formation n'existait pas encore lorsque ces thérapeutes étaient en formation.

PERSONNEL DU CENTRE DE DIAGNOSTIC

Article 38. § 1. Afin d'assurer la qualité du fonctionnement, le pouvoir organisateur s'engage à employer, en permanence, le cadre du personnel dont le centre de diagnostic doit disposer en vertu de l'article 10 de la présente convention.

Cela implique que, pour toute fonction dont il est question à l'article 10 précité, le pouvoir organisateur emploie effectivement une personne possédant les qualifications requises pour cette fonction et ce, durant le nombre d'heures de travail présumées (dans l'annexe) par semaine.

Le Comité de l'assurance ne peut être considéré comme partie dans les contrats de travail conclus entre le pouvoir organisateur et son personnel.

§ 2. Le pouvoir organisateur s'engage, en application des dispositions du § 1^{er}, à prendre sans délai toutes les dispositions utiles en vue de l'engagement de nouveau personnel, afin d'éviter qu'une fonction, prévue à l'article 10, ne soit plus remplie. Ainsi, dès que l'on sait qu'une fonction, prévue dans le cadre du personnel, est vacante à la suite d'une démission, d'un licenciement ou pour un motif justifié d'absence de longue durée (interruption de carrière, congé sans solde, maladie, etc.), le pouvoir organisateur prend immédiatement des mesures afin de pourvoir, à temps, au remplacement du membre du personnel temporairement ou définitivement absent.

Le pouvoir organisateur n'est toutefois pas tenu de remplacer, au cours de la période de préavis légal rémunéré, un membre du personnel licencié qui, à la demande de l'employeur, ne travaille plus au cours de cette période. Le pouvoir organisateur n'est pas davantage tenu de remplacer un membre du personnel absent pour maladie, au cours de la période légale de salaire garanti, pendant laquelle le membre du personnel malade est encore effectivement rémunéré par le pouvoir organisateur.

§ 3. Le centre de diagnostic doit, en permanence, tenir à jour une liste des membres de l'équipe effectivement employés par le centre de diagnostic. Cette liste doit renseigner, à tout moment, la composition de l'équipe ainsi que le nombre d'heures de travail par semaine et l'horaire de chaque membre de l'équipe. Outre les modifications définitives de la composition de l'équipe (pour cause de démission, de licenciement, de conversion au travail à temps partiel, etc.), les modifications temporaires de la composition de l'équipe doivent également être reprises sur cette liste du personnel, notamment les absences du personnel pour cause de maladie (si cette absence excède la période légale du salaire garanti), d'interruption de carrière, de congé sans solde, etc.

Les délégués de l'INAMI et des organismes assureurs doivent pouvoir consulter cette liste, et ce en permanence.

§ 4. Si le Comité de l'assurance constate que le centre de diagnostic n'a pas respecté les dispositions de l'article 38, §§ 1^{er}, 2 ou 3, le Comité de l'assurance peut décider, en plus d'autres mesures jugées utiles, de diminuer d'un certain montant, pendant une certaine période, les prix d'un « bilan multidisciplinaire » et d'un « suivi du traitement », fixés conformément à l'article 21, § 1^{er}, après que le centre de diagnostic ait eu l'opportunité d'expliquer, par écrit, les raisons du non-respect de ces dispositions.

La période, à déterminer par le Comité de l'assurance, au cours de laquelle les prix, fixés conformément à l'article 21, § 1^{er}, sont réduits, ne peut jamais dépasser la durée de la période de non-respect des dispositions de l'article 38, §§ 1^{er}, 2 ou 3.

Le montant à déduire des prix fixés conformément à l'article 21, § 1, est fixé à 50 euros par unité manquante de temps plein au cours d'une certaine période. Ce montant doit être considéré comme un montant de base, susceptible d'être adapté proportionnellement, compte tenu du nombre réel de membres du personnel manquants, exprimé en unités temps plein. Le montant de base de 50 euros est lié à l'indice-pivot 119,62 (décembre 2012) et adapté en fonction des dispositions de la loi mentionnée à l'article 21, § 3.

Dans le cas de non-respect des dispositions de l'article 38, § 3, le Comité de l'assurance fixera le montant à déduire qui s'élèvera à au moins 50 euros.

Le centre de diagnostic s'engage à ne pas se faire rembourser par les patients admis dans le centre de diagnostic, les réductions appliquées sur la base des dispositions du présent paragraphe.

Article 39. § 1. Le pouvoir organisateur s'engage à rémunérer le personnel du centre de diagnostic au moins selon les principes sur la base desquels le reste du personnel de l'établissement de soins, dont le centre de diagnostic fait partie, est rémunéré.

§ 2. Si une fonction non-médicale est remplie, de façon contractuelle, par un travailleur indépendant, le pouvoir organisateur s'engage à verser, pour les prestations de ce travailleur indépendant, des honoraires au moins égaux à la charge salariale totale en cas d'occupation sur la base du statut des travailleurs salariés. La charge salariale totale en cas d'occupation sur la base du statut des travailleurs salariés comporte, outre la rémunération brute, entre autres le pécule de vacances, l'ensemble des primes ainsi que les cotisations patronales ONSS.

OBLIGATIONS COMPTABLES DU CENTRE DE DIAGNOSTIC

Article 40. Le pouvoir organisateur s'engage à tenir une comptabilité dans laquelle les recettes et les dépenses découlant du fonctionnement du centre de diagnostic sont considérées comme une rubrique de frais distincte, de sorte qu'il soit possible de distinguer ces recettes et ces dépenses de celles générées par d'autres activités de l'établissement hospitalier.

La tenue de cette comptabilité doit être conforme au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux (A.R. 14/08/1987).

Le pouvoir organisateur fournira annuellement, dans les six mois suivant la clôture de l'exercice qui commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre, un relevé des recettes et des dépenses portant exclusivement sur les activités du centre de diagnostic.

Le Service des soins de santé peut imposer, à tout moment, un modèle uniforme pour rédiger ce relevé des recettes et des dépenses.

Il y a lieu d'ajouter en annexe au relevé des recettes et des dépenses un tableau récapitulatif détaillé et rédigé d'après les instructions du Service des soins de santé, qui reprend l'ensemble du personnel employé par l'établissement.

Si les documents comptables, rédigés suivant les règles imposées à ce sujet par le Comité de l'assurance et par le Service des Soins de santé, ne sont pas transmis avant la fin du sixième mois qui suit la clôture de l'exercice, le pouvoir organisateur est rappelé à ses obligations en la matière, par lettre recommandée. Si ces documents n'ont toujours pas été transmis dans les 30 jours civils suivant l'envoi de cette lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs des montants prévus à l'article 21, § 1, de la présente convention seront suspendus d'office.

Le pouvoir organisateur doit conserver, durant 10 ans, les pièces justificatives des recettes et des dépenses.

Le Service des soins de santé de l'INAMI doit avoir, à tout moment, accès à la comptabilité tenue.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 41. Le pouvoir organisateur s'engage à informer chaque membre du personnel du centre de diagnostic des dispositions de la présente convention afin de permettre à chaque membre du personnel, d'accomplir ses tâches conformément aux dispositions de la présente convention.

A cet effet, le pouvoir organisateur remettra à chaque membre du personnel, le texte complet de la présente convention.

Le pouvoir organisateur conserve, à cet égard, et tient à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI les accusés de réception, signés par les membres de l'équipe.

Article 42. Le pouvoir organisateur s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI ou au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire toutes les informations sollicitées en ce qui concerne le fonctionnement du centre de diagnostic et l'application de la présente convention. Le pouvoir organisateur s'engage également à autoriser les délégués de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites qu'ils estiment utiles à cette fin.

DÉLAI DE VALIDITÉ DE LA CONVENTION

Article 43. § 1. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur le ## #### ##.

La présente convention est valable jusqu'au ## #### ##, mais une des deux parties peut toujours y mettre fin, pour quelque motif que ce soit, par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie, moyennant un préavis de 3 mois qui prend cours à dater du premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

§ 2. L'annexe à la présente convention en fait partie intégrante, dans le cadre des limites fixées par les articles de la présente convention. Les articles de la convention priment toutefois toujours sur l'annexe.

L'annexe concerne entre autres le volume et la composition du cadre du personnel du centre de diagnostic et le calcul du coût des prestations remboursables.

Pour ####:

(date + signature)

Pour le Comité de l'assurance soins de santé :

Bruxelles,

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. DE RIDDER
Directeur général.

Correspondent: Koen Deraedt
Attaché
Tel.: 02 739 73 77
E-mail: koen.deraedt@riziv.fgov.be
Onze referte: KD/7894/15002

Brussel,

Betreft: instructies overeenkomst

Hooggeachte professor, geachte heer,

Via deze brief bezorgen we u een aantal instructies aangaande de overeenkomst met uw multidisciplinair diagnostisch centrum voor CVS. Deze instructies zijn niet exhaustief. De overeenkomst bevat andere verplichtingen en procedures die door het centrum dienen nageleefd te worden. De in deze brief bedoelde formulieren worden u per e-mail toegestuurd.

Het erkenningsnummer van uw overeenkomst is **7.89.453.30**. Gelieve dit nummer steeds te vermelden in uw briefwisseling.

De **tegemoetkoming in de kosten van de revalidatie** door de ziekteverzekering, dient steeds aangevraagd te worden aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende. Tijdens de eerste twee jaar dat de overeenkomst van kracht is, wordt de beslissing over de tegemoetkoming genomen door het College van geneesheren-directeurs (dat de dossiers ontvangt van de verzekeringsinstellingen). De prestaties die méér dan 30 dagen vóór de ontvangst van het aanvraagdossier door de adviserend geneesheer gerealiseerd worden, zijn niet vergoedbaar (krachtens artikel 142 §2 van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994). We raden u aan om de **aanvragen tijdig in te dienen** en niet te wachten tot het einde van de **termijn van 30 dagen**. De **prestatiedatum van het “multidisciplinair bilan”** is de datum van de in artikel 5, § 6, bedoelde bespreking met de patiënt van de resultaten van het bilan en van de inhoud van het behandelingsadvies (cf artikel 18 §1). De **prestatiedatum van de “behandelingsopvolging”** is de datum waarop het laatste van de verplichte contacten met de rechthebbende en de cognitief gedragstherapeut in het kader van de eerste tussentijdse evaluatie bedoeld in artikel 6, § 7, plaatsvindt (cf artikel 18 §2).

Per rechthebbende dient er éénmaal een individuele aanvraag om tegemoetkoming ingediend te worden. Deze aanvraag bestaat uit twee documenten:

...

- Het formulier om het akkoord voor een verzekeringstegemoetkoming aan te vragen (bedoeld in artikel 27 §2 al 1)
- Het medisch verslag (bedoeld in artikel 27 §2 al 2) dat is opgesteld onder de verantwoordelijkheid van de verantwoordelijke geneesheer.

Bij het medisch verslag dient het **verwijsformulier** van de **huisarts** gevoegd te worden. Dit verwijsformulier is gepubliceerd op de website van het RIZIV www.riziv.be / Thema's / Verzorging : Kosten en terugbetaling / Ziekten / Chronisch vermoeidheidssyndroom / Multidisciplinaire diagnostische centra voor CVS. Voor de patiënten die vanaf 15-5-2015 naar het centrum verwezen zijn door hun huisarts, dient dit formulier ingevuld bij het medisch verslag gevoegd te worden (cf beslissing van het College van geneesheren-directeurs).

In het medisch verslag wordt de **datum** vermeld **van het multidisciplinair bilan**. Als de bovenbedoelde prestatiedatum van het multidisciplinair bilan reeds vaststaat of bekend is wanneer het medisch verslag wordt opgesteld, wordt alleen de prestatiedatum vermeld. Als dit nog niet het geval is, wordt de begin- en einddatum vermeld van de periode waarin deze prestatiedatum zich zal bevinden (dit is in principe een periode van maximum enkele weken). De tegemoetkomingsperiode die door de verzekering wordt toegestaan (voor zover de aanvraag tijdig is ingediend – zie boven termijn van 30 dagen), is de opgegeven datum of periode. Alleen de bilans die in deze periode gerealiseerd worden zijn vergoedbaar.

Voor de vergoeding van de behandelingsopvolging of de **CGT-sessies** dient er geen nieuwe tegemoetkomingsaanvraag te gebeuren maar dienen er, naargelang het aantal CGT-sessies waarvoor CGT-attesten aan de patiënt bezorgd worden, **één, twee of drie kennisgevingen** te gebeuren aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende, over de CGT-attesten die zijn afgeleverd aan de rechthebbende. Voor de kennisgevingen dienen de formulieren gebruikt te worden die we u bezorgen.

De formulieren voor de drie kennisgevingen zijn verschillend. Op de formulieren zijn de voorwaarden van de overeenkomst vermeld waaraan voldaan moet zijn om de CGT-attesten te kunnen afleveren. Op de formulieren is ook vermeld wat (cf de overeenkomst) de periode is waarin de CGT-sessies gerealiseerd kunnen worden waarvoor de afgeleverde CGT-attesten bedoeld zijn. Het College van geneesheren-directeurs heeft beslist om op de CGT-attesten niet het kalenderjaar te vermelden waarin het attest gebruikt dient te worden.

Voor de facturatie van de **vergoedbare prestaties** die door het centrum kunnen aangerekend worden, dienen de volgende **pseudocodes** gebruikt te worden:

	Forfaitprijs (spilindex 99,04 basis 2013)	Pseudocode ambulante rechthebbenden	Pseudocode gehospitaliseerde rechthebbenden	Pseudocode persoonlijk aan- deel (alleen voor ambulante recht- hebbenden)
Multidisciplinair bilan	550,80€	787835	787846	765973
Behandelingsopvolging	550,80€	787850	787861	765973
Participatie huisarts	65,00€	787894	787905	-

Het **persoonlijk aandeel** dat voor ambulante patiënten in mindering gebracht wordt van de prijs die aan de verzekeringsinstelling wordt aangerekend voor het multidisciplinair bilan en de behandelingsopvolging, bedraagt momenteel 1,73€. Indien dit bedrag wijzigt, wordt dit aan het centrum meegedeeld. Aan gehospitaliseerde patiënten en aan ambulante patiënten met voorkeursregeling, wordt geen persoonlijk aandeel aangerekend voor deze prestaties.

Volgens artikel 31 dient het centrum dagelijks een **aanwezigheidsregister** bij te houden en dient het trimestrieel zijn **productiecijfers** aan ons te bezorgen. Het model van het aanwezigheidsregister bezorgen we u per e-mail. Gelieve aan ons de coördinaten mee te delen van de contactpersoon van het centrum die instaat voor de overdracht van de productiecijfers: (naam, rechtstreeks telefoonnummer, e-mailadres). Aan deze persoon zullen we het daartoe te gebruiken programma en een handleiding bezorgen. De productiecijfers dienen aan ons bezorgd te worden uiterlijk 1 maand ná het einde van het trimester waarop ze betrekking hebben.

Volgens artikel 40 dient het centrum ons jaarlijks, uiterlijk 30 juni, bepaalde gegevens te bezorgen aangaande de **boekhouding** en het **personeel** van het centrum, in het voorafgaandelijke kalenderjaar. Instructies en modellen die hierop betrekking hebben zullen we u per e-mail bezorgen.

Hoogachtend,

G. VERSCUREN,
Adviseur

Prijzen vergoedbare prestaties multidisciplinaire diagnostische centra voor CVS – Prix des prestations remboursables pour les centres de diagnostic multidisciplinaires pour SFC

Prestatie	Prestation	Prijs (spilindex 99,04 – basis 2013) Prix (indice pivot 99,04 – base 2013)
Multidisciplinair bilan	Bilan multidisciplinaire	550,80 €
Behandelingsopvolging	Suivi du traitement	550,80 €
CGT-sessie	Séance de TCC	49,48 €
Participatie huisarts	Participation médecin généraliste	65,00 €

Attestation de TCC

Numéro de l'attestation : #####

L'attestation de TCC est définie dans la convention entre le Comité de l'assurance de l'INAMI, et les centres de diagnostic multidisciplinaires pour patients souffrant du syndrome de fatigue chronique (dans cette attestation il est référé à certains articles de cette convention). Cette attestation de TCC donne droit au remboursement, par l'organisme assureur du bénéficiaire, d'une « séance de TCC » comme définie dans la convention précitée et sous réserve qu'il soit satisfait à toutes les conditions qui ont été fixées en la matière dans cette convention. La séance de TCC visée dans l'attestation est la séance de TCC qui peut être portée en compte au moyen de la présente attestation. Le bénéficiaire visé dans l'attestation est la personne pour laquelle la séance de TCC peut être réalisée.

Dates de début et de fin de la période d'intervention de l'assurance pendant laquelle la séance de TCC doit être réalisée : du .../.../..... au .../.../..... inclus.

À compléter par le centre de diagnostic multidisciplinaire pour le SFC

Centre de diagnostic	Bénéficiaire	Thérapeute traitant
Numéro d'agrément de la convention : 7.89.45x.xx	Nom et prénom : ...	Nom et numéro INAMI du "thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC" qui peut réaliser la séance de TCC :
Nom de l'hôpital : ...	Numéro de registre national :
Nom et numéro de téléphone du thérapeute cognitivo-comportementaliste du centre qui réalise le suivi du traitement : ...	Vignette OA	...

À compléter par le thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC qui réalise la séance de TCC

Thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC qui réalise la séance de TCC	Séance de TCC qui est portée en compte
Numéro INAMI : ... Nom et prénom : ... Numéro de téléphone : ... Numéro de compte : ... Numéro BCE : ... Le thérapeute fait partie de l'équipe du centre de diagnostic et réalise la séance en dehors de ses heures de travail pour le centre (cf. art. 23, § 2) : oui / non * Nom du bénéficiaire du paiement * : ...	Date de la séance : .../.../..... Montant qui est porté en compte pour la séance de TCC au bénéficiaire :,... EUR (1.) Montant à charge de l'organisme assureur :,... EUR (2.) Montant total :,... EUR (1. + 2.)

* Biffez ce qui ne convient pas :

- Dans l'affirmative, la séance est payée soit au thérapeute soit à l'hôpital du centre de diagnostic. Dans ce dernier cas, indiquez le numéro de compte de l'hôpital et comme « nom du bénéficiaire du paiement », mentionnez le nom de l'hôpital. Dans l'autre cas, il ne faut pas compléter le champ « nom du bénéficiaire du paiement ».
- Dans la négative et dans le cas où le thérapeute est le bénéficiaire du paiement, il ne faut pas compléter le champ « nom du bénéficiaire du paiement ».

Le thérapeute cognitivo-comportementaliste qui réalise la première séance de TCC déclare que la séance de TCC répond aux conditions de remboursement de la convention (cf. art. 19) :

- Elle fait partie d'un plan de traitement de 17 séances de TCC maximum dont le contenu correspond à un protocole de thérapie cognitivo-comportementale dont l'efficacité pour traiter le SFC a été démontrée par une recherche *evidence-based*
- Elle dure au moins 50 minutes pendant lesquelles le thérapeute cognitivo-comportementaliste et le bénéficiaire sont physiquement présents ensemble dans le cabinet du thérapeute cognitivo-comportementaliste ;
- Il s'agit d'une séance individuelle à laquelle participe un seul bénéficiaire. À titre exceptionnel, le partenaire ou un membre de la famille du bénéficiaire peut être présent également si cela n'est pas contraire au protocole thérapeutique, à condition qu'il ne soit pas lui-même un bénéficiaire.

Le thérapeute cognitivo-comportementaliste ne facture aucun supplément en plus du prix de la séance de TCC fixé dans la convention.

Signature du thérapeute cognitivo-comportementaliste : ... Signataire du bénéficiaire : ...

MEDISCH VERSLAG

(Bedoeld in artikel 27, §2 van de overeenkomst tussen het centrum en het Verzekeringscomité van het RIZIV; te voegen bij de aanvraag aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende om tegemoetkoming in de kosten van de krachtens de overeenkomst vergoedbare prestaties. Hierna wordt verwezen naar artikelen uit deze overeenkomst.)

Deze rubriek dient steeds ingevuld te worden

Identiteit van de rechthebbende

Naam en voornaam: ...

Geboortedatum: .../.../.....

Rijksregisternummer: ...

Kleefbriefje verzekeringsinstelling

+ Voeg bij dit verslag de verwijsbrief van de huisarts

Deze rubriek enkel invullen als de terugbetaling van het multidisciplinair bilan wordt aangevraagd. (Personen waarvoor vroeger reeds een bilanrevalidatieprogramma is gerealiseerd in een voormalig referentiecentrum voor CVS - overeenkomst met identificatienummer dat start met 7.89.40 - komen hier niet voor in aanmerking).

Datum van het multidisciplinair bilan

Cf art 18 §1 is dit de datum waarop het centrum met de patiënt de resultaten van het multidisciplinair bilan en de inhoud van het behandelingsadvies bespreekt.

Vermeldt

- Ofwel de effectieve datum van het multidisciplinair bilan: .../.../.....
- Ofwel, indien nog niet bekend op het moment van de aanvraag, de periode waarin de datum zal vallen: periode van .../.../..... tot .../.../.....

Onderzoek van de patiënt door de arts-internist van het diagnostisch centrum (cf artikel 5 §2, onderzoek voorafgaandelijk aan het multidisciplinair bilan)

De arts-internist van het diagnostisch centrum die de patiënt onderzocht heeft bevestigt dat de patiënt vermoedelijk beantwoordt aan de definitie van CVS, vastgesteld in artikel 16. (Aankruisen indien van toepassing.)

Het betreft een persoon waarvoor reeds een bilanrevalidatieprogramma gerealiseerd is in een voormalig referentiecentrum en waarvoor enkel de tenlasteneming van CGT-sessies en de behandelingsopvolging wordt aangevraagd. (Aankruisen indien van toepassing.)

+ Voeg bij dit verslag het verslag van het bilanrevalidatieprogramma van het referentiecentrum waaruit blijkt dat de persoon lijdt aan CVS

...

Datum medisch verslag
Naam, RIZIV-nummer en handtekening van
een arts van het diagnostisch centrum

1^{ste} KENNISGEVING AFLEVERING 3 CGT-ATTESTEN

(Bedoeld in artikel 28, §1 van de overeenkomst tussen het centrum en het Verzekeringscomité van het RIZIV. Hierna wordt verwezen naar artikelen uit deze overeenkomst. De kennisgeving wordt bezorgd aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.)

Identiteit van de rechthebbende

Naam en voornaam: ...

Geboortedatum: .../.../.....

Rijksregisternummer: ...

Kleefbriefje verzekeringsinstelling

Identiteit van de cognitief gedragstherapeut voor CVS die de CGT-sessies realiseert waarvoor de afgeleverde attesten gebruikt kunnen worden

Naam en voornaam: ...

Identificatienummer RIZIV: ...

Nummers van de 3 afgeleverde CGT-attesten

#1. ...

#2. ...

#3. ...

Ik verklaar:

- dat het multidisciplinair bilan dat mijn centrum heeft uitgevoerd bij de rechthebbende aange- toond heeft dat hij/zij beantwoordt aan de definitie van CVS zoals vastgesteld in artikel 16 of dat het een rechthebbende betreft waarbij het bilanrevalidatieprogramma in een vroeger refe- rentiecentrum voor CVS deze diagnose bevestigd heeft en waarvan ik het verslag aan u be- zorgd heb in het kader van de tegemoetkomingsaanvraag
- én dat de rechthebbende het informed consent ondertekend heeft over het volgen van de cog- nitieve gedragstherapie, bedoeld in artikel 6 §1
- én dat mijn centrum aan de rechthebbende 3 CGT-attesten overhandigd heeft.

De behandelingsopvolging en de CGT-sessies waarvoor de 3 CGT-attesten gebruikt kunnen worden, kunnen gerealiseerd worden in een periode van 3 maanden die aanvangt op onder vermelde datum van deze kennisgeving.

De uitzonderingssituatie bedoeld in artikel 20 §2 alinea 2-3 is van toepassing. Het betreft namelijk een rechthebbende waarvoor een vorige behandeling met cognitieve gedragstherapie, waarvoor 3 CGT-attesten zijn afgeleverd, naar aanleiding van de eerste tussentijdse evaluatie is stopgezet we- gens onvoldoende overeenstemming tussen de rechthebbende en de vorige therapeut. Deze recht- hebbende start een nieuwe behandelingsepisode bij een andere cognitief gedragstherapeut. De pre- statie 'behandelingsopvolging' kan geen tweede maal aangerekend worden voor deze rechthebbende. (Aankruisen indien van toepassing).

Datum kennisgeving .../.../.....
Naam, RIZIV-nummer en handtekening van
een arts van het diagnostisch centrum

2^{de} KENNISGEVING AFLEVERING 7 CGT-ATTESTEN

(Bedoeld in artikel 28, §2 van de overeenkomst tussen het centrum en het Verzekeringscomité van het RIZIV. Hierna wordt verwezen naar artikelen uit deze overeenkomst. De kennisgeving wordt bezorgd aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.)

Identiteit van de rechthebbende

Naam en voornaam: ...

Geboortedatum: .../.../.....

Rijksregisternummer: ...

Kleefbriefje verzekeringsinstelling

Identiteit van de cognitief gedragstherapeut voor CVS die de CGT-sessies realiseert waarvoor de afgeleverde attesten gebruikt kunnen worden

Naam en voornaam: ...

Identificatienummer RIZIV: ...

Nummers van de 7 afgeleverde CGT-attesten

#1. ...

#2. ...

#3. ...

#4. ...

#5. ...

#6. ...

#7. ...

Ik verklaar dat (cf artikel 6 §7):

- de eerste drie CGT-sessies van de voormelde rechthebbende bij de voormelde therapeut, waarvoor (cf de vorige kennisgeving van .../.../.....) een CGT-attest is afgeleverd, effectief gerealiseerd zijn geweest. Uit de eerste tussentijdse evaluatie ná deze 3 sessies door de cognitief gedragstherapeut van mijn centrum is gebleken dat er geen belangrijke tegenindicaties zijn om de behandeling verder te zetten.
- én dat mijn centrum aan de rechthebbende 7 nieuwe CGT-attesten overhandigd heeft.

De eerste 15 van in totaal maximum 17 CGT-sessies bij de voormelde therapeut die de CGT-sessies realiseert, kunnen gerealiseerd worden in de periode van 1 jaar vanaf de datum van de kennisgeving van de aflevering van de eerste 3 CGT-attesten. (De eerste 3 CGT-sessies kunnen alleen gerealiseerd worden in de eerste 3 maanden van dat jaar). De 2 laatste van in totaal maximum 17 CGT-sessies, welke nazorg- of boostersessies zijn, kunnen gerealiseerd worden binnen de periode van 1 jaar die volgt op de einddatum van de periode waarin de eerste 15 CGT-sessies gerealiseerd kunnen worden (cf art 30 §3).

Datum kennisgeving .../.../.....
Naam, RIZIV-nummer en handtekening van
een arts van het diagnostisch centrum

3^{de} KENNISGEVING AFLEVERING 7 CGT-ATTESTEN

(Bedoeld in artikel 28, §2 van de overeenkomst tussen het centrum en het Verzekeringscomité van het RIZIV. Hierna wordt verwezen naar artikelen uit deze overeenkomst. De kennisgeving wordt bezorgd aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.)

Identiteit van de rechthebbende

Naam en voornaam: ...

Geboortedatum: .../.../.....

Rijksregisternummer: ...

Kleefbriefje verzekeringsinstelling

Identiteit van de cognitief gedragstherapeut voor CVS die de CGT-sessies realiseert waarvoor de afgeleverde attesten gebruikt kunnen worden

Naam en voornaam: ...

Identificatienummer RIZIV: ...

Nummers van de 7 afgeleverde CGT-attesten

#1. ...

#2. ...

#3. ...

#4. ...

#5. ...

#6. ...

#7. ...

Ik verklaar dat (cf artikel 6 §7):

- de zeven CGT-sessies van de voormelde rechthebbende bij de voormelde therapeut, waarvoor (cf de vorige kennisgeving van .../.../.....) een CGT-attest is afgeleverd, effectief gerealiseerd zijn geweest. Uit de tweede tussentijdse evaluatie ná deze 7 sessies door de cognitief gedragstherapeut van mijn centrum is gebleken dat de in artikel 5, § 4, geformuleerde doelstellingen van de cognitieve gedragstherapie reeds gedeeltelijk gerealiseerd zijn en dat dit vermoedelijk kan toegeschreven worden aan de CGT-sessies. Indien dit nog niet het geval is, zijn er goede aanwijzingen dat deze doelstellingen gerealiseerd zullen kunnen worden door de verderzetting van de behandeling..
- én dat mijn centrum aan de rechthebbende 7 nieuwe CGT-attesten overhandigd heeft.

De eerste 15 van in totaal maximum 17 CGT-sessies bij de voormelde therapeut die de CGT-sessies realiseert, kunnen gerealiseerd worden in de periode van 1 jaar vanaf de datum van de kennisgeving van de aflevering van de eerste 3 CGT-attesten. (De eerste 3 CGT-sessies kunnen alleen gerealiseerd worden in de eerste 3 maanden van dat jaar). De 2 laatste van in totaal maximum 17 CGT-sessies, welke nazorg- of boostersessies zijn, kunnen gerealiseerd worden binnen de periode van 1 jaar die volgt op de einddatum van de periode waarin de eerste 15 CGT-sessies gerealiseerd kunnen worden (cf art 30 §3).

Datum kennisgeving .../.../.....

Naam, RIZIV-nummer en handtekening van
een arts van het diagnostisch centrum