

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 : ...