

## Prescription de psychothérapie pratiquée par un-e psychologue

\*champs obligatoires

Patient-e		Psychologue-psychothérapeute/hôpital/organisations	
Nom*	_____	Nom de l'institution	_____
Prénom*	_____	RCC ou GLN	_____
Date de naissance*	_____ Sexe _____	Adresse	_____
Assurance*	_____	Motif du traitement*	<input type="checkbox"/> Maladie
N° d'assurance*	_____		<input type="checkbox"/> Accident
Rue*	_____		<input type="checkbox"/> AI/AM
NPA/lieu*	_____		<input type="checkbox"/> _____
Téléphone*	_____		

Prescription* <sup>1</sup>			
Prescription 1	<input type="checkbox"/> Psychothérapie (max. 15 séances)	<input type="checkbox"/> Intervention de crise/ thérapie de courte durée (max. 10 séances) <sup>2</sup>	<i>Une seule caisse appartient à la co- chée.</i>
Prescription 2	<input type="checkbox"/> Psychothérapie (max. 15 séances)		
	<input type="checkbox"/> Traitement au-delà de 30 séances		

Traitement
Remarques sur le traitement
_____

Médecin prescripteur
Nom*
Adresse*
Téléphone*
E-mail
RCC ou GLN*
Date*
Signature*

**1:** Une prescription ne peut être délivrée que par un médecin titulaire d'un titre postgrade fédéral reconnu en

- médecine interne générale (ou d'un titre postgrade étranger reconnu en médecine interne générale);
- psychiatrie ou psychothérapie;
- psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents;
- pédiatrie;
- ou encore titulaire d'un titre de formation approfondie interdisciplinaire en médecine psychosomatique et psy-chosociale ASMPP).

**2:** Une intervention de crise/thérapie de courte durée peut être prescrite par des médecins possédant d'autres titres postgrades ou par des médecins praticiens (conformément à l'art 11b al. 1 let. B OPAS).