

Convention sur la reconnaissance des unités fonctionnelles TARMED
Annexe G: Reconnaissance de la psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical

**Formulaire de demande pour les psychothérapeutes ne disposant pas
d'une formation pré- et postgraduée conforme aux critères requis**

Médecin déléguant:

Nom / prénom:

Adresse du cabinet:

NPA / localité:

N° GLN (EAN): N° de concordat: N° FMH:
(membres FMH)

Valeur intrinsèque qualitative (titre de spécialiste / attestation de formation complémentaire)
(cochez les titres que vous possédez):

- psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents psychiatrie et psychothérapie
 AFC en psychothérapie déléguée

Formulaire de demande pour psychothérapeutes:

Nom / prénom:

Adresse:

NPA / localité:

Veillez cocher:

- Le ou la psychothérapeute susmentionné-e ne dispose pas d'une formation pré- et postgraduée conforme aux critères du chiffre 3 de l'annexe G à la convention sur la reconnaissance des unités fonctionnelles TARMED.
 Le ou la psychothérapeute susmentionné-e dispose d'un diplôme étranger.

Je joins à la présente le questionnaire dûment rempli concernant sa formation prégraduée, postgraduée et continue.

Je confirme l'exactitude des données figurant dans la présente demande et dans le questionnaire ci-annexé:

Date:

Signature du médecin déléguant:

A envoyer à:

FMH, Division Médecine et tarifs ambulatoires, Baslerstrasse 47, 4600 Olten ou par courriel à:
tarife.ambulant@fmh.ch