

Tél : Fax : Email :	Code prestataire prescripteur :
	<réservé CNS>
Matricule : Patient : N° Accident : Date Accident :	

Ordonnance médicale : Psychothérapie

Date d'établissement :	Date d'expiration :	N° d'ordonnance :
------------------------	---------------------	-------------------

01	Acte :	Libellé :	Nombre :
02	Acte :	Libellé :	Nombre :

Le(a) soussigné(e) certifie que le(a) patient(e) nécessite des séances de psychothérapie, qu'il(elle) n'a pas constaté de contre-indication médicale et qu'il(elle) n'a pas constaté d'origine somatique du trouble mental ou comportemental, respectivement que celle-ci est en cours de traitement.

Remarque(s) :	Signature du prestataire
---------------	--------------------------