



Convention d'évaluation psychologique - Psy & Co

Ce document doit être signé par le patient majeur concerné, ou par le(s) parent(s)/titulaire(s) de l'autorité parentale en cas de patient mineur.

Nom et prénom :

Date de naissance :

1. Forfaits et tarifs :

- HPI (enfants, ados, adultes) : 900.- à 1200.- CHF
- TDAH (enfants, ados, adultes) : 1200.- à 1650.- CHF
- TSA (enfants, ados, adultes) : 1500.- à 1950.- CHF

Les montants indiqués sont **des fourchettes indicatives**. Le coût exact dépendra du nombre de séances nécessaires et du temps d'analyse hors patient. En moyenne, il y a 1 séance d'entretien initiale, 3 à 5 séances d'évaluations psychologiques, un temps hors patient de cotation/analyse/rapport, 1 séance de restitution.

2. Prise en charge par les assurances :

- Les bilans ne sont **pas pris en charge par la LAMal**.
- Certaines assurances complémentaires ou internationales peuvent participer aux frais, sans garantie de Psy & Co.
- Je reconnais qu'il est de **ma responsabilité de me renseigner** auprès de mon assurance.
- En signant le présent document, **je m'engage à régler l'intégralité du coût du bilan** indépendamment de la décision de mon assurance.

3. Paiement :

- Le tarif horaire fixe est de 150.- CHF/h.
- La première séance doit être **réglée à l'avance**.
- Chaque séance suivante doit être **réglée à l'avance** lors de la séance précédente.
- Moyens de paiement acceptés : TWINT, carte bancaire.
- En cas d'arrêt du bilan avant la fin, toutes les séances effectuées ainsi que le travail d'analyse **déjà réalisé restent dus**.
- Je reconnais **devoir payer la totalité du bilan engagé**, séance après séance.

4. Planification des rendez-vous :

- L'ensemble des séances du bilan est **fixé avant le début du processus**.
- En cas d'empêchement, j'annulerai un rendez-vous **au moins 48h ouvrables à l'avance**.
- Tout rendez-vous **non annulé** dans ce délai sera facturé intégralement.



Convention d'évaluation psychologique - Psy & Co

5. Engagement :

- Je confirme avoir reçu une **information claire et complète sur les modalités du bilan.**
- Je reconnaiss **m'engager au paiement des séances planifiées et réalisées,** conformément aux conditions ci-dessus.

6. Autorité parentale et consentement (pour les enfants mineurs) :

- Si l'autorité parentale est conjointe, **la signature des deux parents est requise.**
- Si un seul parent signe le présent document, il atteste avoir **l'accord de l'autre parent et engage sa responsabilité en cas de contestation.**

Je reconnaiss avoir lu, compris et accepté ces conditions.

Nom / Prénom du patient majeur OU du parent 1 :

.....

Signature :

.....

Nom / Prénom du parent 2 :

.....

Signature :

.....