

NOTE D'HONORAIRES DU PSYCHOLOGUE

« Soutien et accompagnement psychologique »

PATIENT
Nom : _____
Prénom : _____
N° SS : _____

PROFESSIONNEL
Nom : _____
Prénom : _____
N° SIRET : _____
Cachet du professionnel : _____

Date : __/__/__	Entourage : <input type="checkbox"/> Au cours de la maladie <input type="checkbox"/> Dans le cadre du suivi de deuil <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/> Au cabinet Nom, prénom de la personne suivie : Lien de parenté ou autre avec le patient du réseau :
Date : __/__/__	Entourage : <input type="checkbox"/> Au cours de la maladie <input type="checkbox"/> Dans le cadre du suivi de deuil <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/> Au cabinet Nom, prénom de la personne suivie : Lien de parenté ou autre avec le patient du réseau :
Date : __/__/__	Entourage : <input type="checkbox"/> Au cours de la maladie <input type="checkbox"/> Dans le cadre du suivi de deuil <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/> Au cabinet Nom, prénom de la personne suivie : Lien de parenté ou autre avec le patient du réseau :
Date : __/__/__	Entourage : <input type="checkbox"/> Au cours de la maladie <input type="checkbox"/> Dans le cadre du suivi de deuil <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/> Au cabinet Nom, prénom de la personne suivie : Lien de parenté ou autre avec le patient du réseau :

Récapitulatif de la note d'honoraires : _____ séances x 50 € = _____ euros Date : __/__/__ Signature du professionnel :

<i>Cadre réservé au réseau</i>			
N° interne au réseau	Date d'envoi	Validation (date et signature)	Tampon du réseau

<i>Cadre réservé à la RESPALIF</i>				
	Réception	Vérification	Saisie	Règlement
Date				
Signature				

<i>Corrections et remarques</i>

Merci d'adresser vos notes d'honoraires à la fin de chaque mois d'exercice