

NOTE D'HONORAIRES DU PSYCHOLOGUE

« Soutien et accompagnement psychologique »

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

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

| | |
|-----------------|--|
| Date : __/__/__ | Patient et Entourage : <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 : __/__/__ | Patient et Entourage : <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 : __/__/__ | Patient et Entourage : <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 : __/__/__ | Patient et Entourage : <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