NOTE D'HONORAIRES DU PSYCHOLOGUE

« Soutien et accompagnement psychologique »

PATIENT	**PROFESSIONNEL**
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
N° SS : _____	N° SIRET : _____
	Cachet du professionnel :

Date : _ _/_ _/_ _	**Entourage :** ☐ Au cours de la maladie ☐ Dans le cadre du suivi de deuil ☐ Au domicile ☐ Au cabinet Nom, prénom de la personne suivie : …… Lien de parenté ou autre avec le patient du réseau : ..……
Date : _ _/_ _/_ _	**Entourage :** ☐ Au cours de la maladie ☐ Dans le cadre du suivi de deuil ☐ Au domicile ☐ Au cabinet Nom, prénom de la personne suivie : …… Lien de parenté ou autre avec le patient du réseau : ..……
Date : _ _/_ _/_ _	**Entourage :** ☐ Au cours de la maladie ☐ Dans le cadre du suivi de deuil ☐ Au domicile ☐ Au cabinet Nom, prénom de la personne suivie : …… Lien de parenté ou autre avec le patient du réseau : ..……
Date : _ _/_ _/_ _	**Entourage :** ☐ Au cours de la maladie ☐ Dans le cadre du suivi de deuil ☐ Au domicile ☐ 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 :**

Cadre réservé au réseau

N° interne au réseau	Date d'envoi	Validation (date et signature)	Tampon du réseau

Cadre réservé à la RESPALIF

	Réception	Vérification	Saisie	Règlement
Date				
Signature				

Corrections et remarques

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