

## NOTE D'HONORAIRES DU PSYCHOLOGUE

### « Soutien et accompagnement psychologique »

<b>PATIENT</b>
Nom : _____
Prénom : _____
N° SS : _____

<b>PROFESSIONNEL</b>
Nom : _____
Prénom : _____
N° SIRET : _____
Cachet du professionnel : _____

<b>Date :</b> __/__/__	<b>Patient :</b> <input type="checkbox"/> Au domicile <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Au cabinet</span>
<b>Date :</b> __/__/__	<b>Patient :</b> <input type="checkbox"/> Au domicile <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Au cabinet</span>
<b>Date :</b> __/__/__	<b>Patient :</b> <input type="checkbox"/> Au domicile <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Au cabinet</span>
<b>Date :</b> __/__/__	<b>Patient :</b> <input type="checkbox"/> Au domicile <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Au cabinet</span>
<b>Date :</b> __/__/__	<b>Patient :</b> <input type="checkbox"/> Au domicile <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Au cabinet</span>
<b>Date :</b> __/__/__	<b>Patient :</b> <input type="checkbox"/> Au domicile <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Au cabinet</span>

<b>Récapitulatif de la note d'honoraires :</b> _____ séances x 50 € = _____ euros
<b>Date :</b> __/__/__ <span style="margin-left: 100px;"><b>Signature du professionnel :</b></span>

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*