|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **<NOM-PSY> <Prénom-psy>**  <Titre-psy >  <Adresse-psy 1>  <Adresse-psy 2>  <Adresse-psy 3>  <Pays-psy >-<CodePostal-psy > <Ville-psy >  Tél :  Fax :  Email : | | | | | | Code psychothérapeute : | | | | | | |
| <réservé CNS> | | | | | | |
|  | <NOM-Assuré> <Prénom-assuré>  <Adresse- assuré 1>  <Adresse- assuré 2>  <Adresse- assuré 3>  <Pays- ass.>-<Code-ass.> <Ville-ass.> | | | | | |
|  | Matricule :  Patient :  N° Accident :  Date Accident : | | |  | | |
|  |
|  | Prescripteur : | | | 90 | | | Date ordonnance : | | |  | | | |
|  | **MÉMOIRE D’HONORAIRES N°** : **du :** | | | | | | | | | | | | |
|  | **Exécutant** | **Lieu** | **Date** | | **Code Acte** | **Libellé** | | | | | **Montant** | **Part.pers.\*** |  |
| 01 |  |  |  | |  |  | | | | |  |  | € |
| 02 |  |  |  | |  |  | | | | |  |  | € |
| 03 |  |  |  | |  |  | | | | |  |  | € |
| 04 |  |  |  | |  |  | | | | |  |  | € |
| 05 |  |  |  | |  |  | | | | |  |  | € |
| 06 |  |  |  | |  |  | | | | |  |  | € |
| 07 |  |  |  | |  |  | | | | |  |  | € |
| 08 |  |  |  | |  |  | | | | |  |  | € |
| 09 |  |  |  | |  |  | | | | |  |  | € |
| 10 |  |  |  | |  |  | | | | |  |  | € |
|  | Pour acquit, le : Signature et cachet du psychothérapeute | | | | | | | | **Total :** | |  |  | **€** |
| Acompte à déduire : | |  | | € |
| **A PAYER :** | |  | | **€** |
|  | <Coordonnées bancaires-m> <Texte libre-médical> | | | | | | | | | | | | |
| En cas de lieu différent du cabinet, veuillez préciser :  <Dénomination établissement/structure>  <Adresse établissement/structure>  <Pays-étab./struc. >-<CodePostal- étab./struc.> <Ville- étab./struc.> | | | | | | | | | | | | |
|  | \* en cas de prise en charge par l'assurance maladie-maternité | | | | | | | | | | | | |
|  | La loi du 1er août 2018 relative à la protection des données à caractère personnel, respectivement le Règlement général sur la protection des données (RGPD) sont appliqués. Pour l'exercice de vos droits (informations, modifications, suppression...) vous pouvez directement contacter votre professionnel de santé. | | | | | | | | | | | | |