|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **<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. |