

COURRIER D'ADRESSAGE

NOM, PRÉNOM du médecin : _____

Numéro AM du médecin ou de la structure : _____

NOM, PRÉNOM du patient : _____

Date de naissance : _____ Date de prescription : _____

Adressage pour un accompagnement psychologique (entretien d'évaluation et jusqu'à 11 séances de suivi) par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie (annuaire disponible sur monsoutienpsy.sante.gouv.fr).

Si besoin, précisez si les soins sont en lien avec :

MALADIE

Affection de longue durée (ALD)

Accident causé par un tiers

MATERNITÉ (à partir du 6ème mois de grossesse)

AT-MP (Accident du Travail-Maladie Professionnelle)

Signature du médecin

Document à présenter au psychologue puis transmettre à l'organisme d'assurance maladie avec la feuille de soins pour permettre le remboursement des séances réalisées.

✂-----

COURRIER D'ACCOMPAGNEMENT

NOM, PRÉNOM du médecin : _____

Numéro AM du médecin ou de la structure : _____

NOM, PRÉNOM du patient : _____

Date de naissance : _____ Date de prescription : _____

Adressage pour un accompagnement psychologique (entretien d'évaluation et jusqu'à 11 séances de suivi) par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie (annuaire disponible sur monsoutienpsy.sante.gouv.fr).

Motifs de l'adressage : _____

Informations sur l'évaluation initiale / Description de l'état actuel du patient : _____

Retentissement sur la vie quotidienne et professionnelle : _____

Éventuellement et si souhaité par le médecin et pour les patients adultes, scores des échelles PHQ 9/GAD 7 : _____

Autres éléments nécessaires : _____

Signature du médecin

Document à transmettre au psychologue uniquement