

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