

A RENVOYER DIRECTEMENT A LA FIN DES ACTES

A LA MAISON DES RÉSEAUX DE SANTÉ DE SAVOIE QUI VOUS INDEMNISERA.

N° Identifiant de l'enfant : Prénom de l'enfant :

NATURE DE L'ACTE DÉROGATOIRE : COCHER ET DATER LES ACTES RÉALISÉS

BILANS (1 bilan financé par enfant)	DATES		TOTAL
<input type="checkbox"/> ERGOTHERAPEUTE		140,00 €	
<input type="checkbox"/> PSYCHOMOTRICIEN		140,00 €	
<input type="checkbox"/> NEUROPSYCHOLOGUE		320,00 €	
CONSULTATIONS			
<input type="checkbox"/> DE SUIVI ERGOTHERAPIE		40,00 €	
<input type="checkbox"/> DE SUIVI PSYCHOMOTRICIEN		40,00 €	
<input type="checkbox"/> DE SUIVI NEUROPSYCHOLOGUE		40,00 €	
<input type="checkbox"/> DE SUIVI PSYCHOLOGUE		40,00 €	
RÉUNION DE CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLE (durée 1H30)			
<input type="checkbox"/> POUR LE MEDECIN TRAITANT		67,50 €	
<input type="checkbox"/> POUR LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE		60,00 €	
FORFAIT ANNUEL			
<input type="checkbox"/> FORFAIT DE COORDINATION		80,00 €	
TOTAL GENERAL (€)			

Merci de bien vouloir joindre à ce document une copie de votre attestation URSSAF

NOM - Prénom du Professionnel :

Profession :

N° URSSAF :

Signature et Cachet :