

## Note d'honoraire – Acte dérogatoire

**A renvoyer directement à la fin des actes à la MRSS**

N° identifiant de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Nom et prénom du Professionnel :

Profession :

N° URSSAF :

*Merci de bien vouloir joindre à ce document une copie de votre attestation URSSAF et de votre RIB lors de la première demande.*

Acte Dérogatoire	Dates	Montant	Total
<b>Bilans (1 bilan financé par enfant)</b>			
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		140.00 €	
<input type="checkbox"/> Psychomotricien		140.00 €	
<input type="checkbox"/> Neuropsychologue		320.00 €	
<b>Consultations</b>			
<input type="checkbox"/> De suivi Ergothérapie		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 €	
<b>Réunion de concertation Pluriprofessionnelle (1h30)</b>			
<input type="checkbox"/> Pour le médecin traitant		67.50€	
<input type="checkbox"/> Pour les autres professionnels de santé		60.00 €	
<b>Forfait Annuel</b>			
<input type="checkbox"/> Forfait de coordination		80.00 €	
<b>Total général (€)</b>			

**Signature et cachet du professionnel**