

**COURRIER D'ADRESSAGE**

NOM, PRÉNOM *du médecin* : \_\_\_\_\_

Numéro AM *du médecin ou de la structure* : \_\_\_\_\_

NOM, PRÉNOM *du patient* : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Adressage pour un accompagnement psychologique (entretien d'évaluation et jusqu'à 7 séances de suivi) par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie** (*annuaire disponible sur [monpsy.sante.gouv.fr](http://monpsy.sante.gouv.fr)*).

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

MALADIE

Affection de longue durée (ALD)

Accident causé par un tiers

MATERNITE (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 : \_\_\_\_\_

**Adressage pour un accompagnement psychologique (entretien d'évaluation et jusqu'à 7 séances de suivi) par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie** (*annuaire disponible sur [monpsy.sante.gouv.fr](http://monpsy.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