Client/e

Nom	
Adresse	
Date de naissanc	

Thérapeute

Nom	
Adresse	
N° RCC*	

☐ **Prévention** ☐ **Troubles/Maladie** ☐ **Accident**

☐ **Thérapie individue** ☐ **Thérapie de groupe**

Note d'honoraires

Date de facture _____

Traitement

Date	**Méthode de traitement**	**Méthode N°**	**Durée** (Min.)	**Tarif horaire**	**Montant**
				Total	

☐ **Le traitement est terminé**

☐ **Le traitement dure encore env. _____ séances**

Remèdes

Date	**Intitulé et fabricant du remède**	**Ordonnance** (dose et durée)	**Montant**
		Total	

Montant total
(traitement et remèdes)

Coordonnées bancaires/postales de l'émetteur _____

**Ce numéro RCC n'octroie aucune admission à l'assurance-maladie obligatoire et ne remplace aucun numéro RCC éventuellement existant.*