

Client/e

Nom	
Adresse	
Date de naissance	

Prévention
 Troubles/Maladie
 Accident

Thérapeute**

Nom	
Adresse	
N° RCC*	

Thérapie individuelle
 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			

Coordonnées bancaires/postales de l'émetteur: _____

**Montant total
(traitement et remèdes)**

--

Signature du thérapeute** traitant: _____

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

** La thérapeute / le thérapeute confirme qu'elle / qu'il a pratiqué personnellement les traitements figurant sur cette note d'honoraires.