Note d'honoraire pour GROUPE MUTUEL

Nom et adresse du thérapeute	Nom / Prénom / Adresse / Date de naissance / No d'Assuré
Therapeute RCC ASCA n°	☐ Thérapie individuelle ☐ Thérapie de groupe ☐ Maladie ☐ Accident ☐ Prévention ☐ Esthétique

Note d'honoraires

Date de facturation :

Date	Méthode de traitement.	No	Type d'affection Partie du corps soignée	Taux horaire	Durée	Montant

Remèdes (uniquement pour nathuropathes)

Date	Désignation des remèdes	Ordonance (dose x durée)	Montant
			Total

	+	
		Total

Reçu en comptant le :

Signature :