Note d'honoraire pour SWICA

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.	Taux horaire	Durée	Montant

Remèdes

Date	Désignation des remèdes et nom du fabricant	Ordonnance (dose x durée)	Montant
			Total

\+

Total

☐ Le traitement est terminé ☐ Le traitement doit probablement être poursuivi

Reçu en comptant, le :

Signature: