



Visite	Date	Montant acquitté	Nom et signature et/ou cachet du thérapeute ou du psychologue
1	..... / ..... / .....		
2	..... / ..... / .....		
3	..... / ..... / .....		
4	..... / ..... / .....		
5	..... / ..... / .....		
6	..... / ..... / .....		
7	..... / ..... / .....		
8	..... / ..... / .....		
9	..... / ..... / .....		
10	..... / ..... / .....		
11	..... / ..... / .....		
12	..... / ..... / .....		

Code de nomenclature : **809384**

Je déclare que les séances sont non remboursable dans le cadre de l'assurance maladie légale.