

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.