

KINE :

Code Conventionnel :

RIP :

MF :

CNSS :

FACTURE

Nom Prénom du patient :

Assuré :

Assuré Numéro :

N° Prise charge :

Date prise en charge :

Nombre de séance :

Prix de la séance TTC :

Prix de la séance HT :

TVA Totale 6 % :

Montant Totale TTC :

Montant Totale HT :

Date