

## FORMULAIRE D: Soumission de Factures de Thérapie

Le thérapeute/conseiller doit signer et soumettre une copie de ce formulaire avec chaque facture relative aux services de thérapie/counseling fournis.

Nom du Thérapeute/Conseiller: \_\_\_\_\_

Je reconnais que l'information contenue dans le formulaire B (Information sur le Thérapeute/Conseiller) n'a pas changé  Oui  Non

Si une information a changé, veuillez préciser:

En signant ce formulaire, je reconnais que les informations que je fournis sont de bonne foi et sans but inapproprié.

\_\_\_\_\_  
Signature du  
Thérapeute/Conseiller

\_\_\_\_\_  
Date