



200, rue Principale, bureau 13,  
Saint-Sauveur, Québec, Canada  
J0R-1R0  
450-227-5888  
1-866-55RITMA  
www.ritma.ca

Numéro de reçu

~~6441-000026~~

# Validation : ~~2FAE00C4F020~~

## MÉDECINE ALTERNATIVE/COMPLÉMENTAIRE RITMA THERAPISTS IN ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE ASSOCIATION

### BÉNÉFICIAIRE / BENEFICIARY

~~Nom / Name : Sample~~ Prénom / First name : A

Adresse / Address : 123 A Street, Vancouver, BC, V1A-A1B

~~Tél. / Phone : 604-123-4567~~ Date de naissance (YYYY-MM-JJ) / Date of birth (YYYY-MM-DD) : 1988-04-18

Soin au domicile du client / Client's home care :  Oui / Yes  Non / No

### CONSULTATION

Raison / Reason : \_\_\_\_\_

Date : 2020-12-16 Total des honoraires / Total fees : 220.50 \$

### PROFESSIONNEL / PROFESSIONAL

Nom / Name : Zsange Adresse des soins / Care address :  
Prénom / First name : Kemila Kemila Zsange RCCH  
Tél. / Phone : 604-687-4325 666 Burrard Street, Suite 500, Vancouver, Colombie-Britannique, V6C-3P6

### Déclaration du thérapeute / Attending therapist's statement

J'atteste par la présente la véracité et l'exactitude de tous les renseignements inscrits sur cette déclaration.  
I certify that all the information on this statement is true and accurate.

Signature : Kemila Zsange Date : 2020-12-16

# membre / member : 6441 Date d'expiration / Expiry date : 2021-08-01

La compagnie d'assurance se réserve le droit de vérifier la validité du membre.  
The insurance provider reserves the right to verify the membership validity.

La compagnie d'assurance pourrait refuser le remboursement si toutes les informations ne figurent pas sur le reçu.  
The insurance company may refuse refund if all the information is not on the receipt.



~~Nom / Name : Sample~~

~~Prénom / First name : A~~

~~Date : 2020-12-16~~

Total des honoraires / Total fees :

220.50 \$

~~6441-000026~~

# Validation : ~~2FAE00C4F020~~