

DOSSIER AU NOM DE M: _____ & MME: _____

****NE PAS INCLURE LES REÇUS DES DONS & DES FRAIS MÉDICAUX ****

MONSIEUR MADAME

TOTAL DE VOS DONS FRAIS MÉDICAUX

INSCRIRE SEULEMENT LE MONTANT QUE VOUS AVEZ PAYÉ ET QUI NE VOUS A PAS ÉTÉ REMBOURSÉ

FRAIS MÉDICAUX	MONSIEUR	MADAME	ENFANTS	ENFANTS
TOTAL PRESCRIPTIONS (PHARMACIE)	\$	\$	\$	\$
DENTISTE	\$	\$	\$	\$
FRAIS D'AUDIOLOGIE	\$	\$	\$	\$
CHIROPRACTICIENS	\$	\$	\$	\$
PODIATRE	\$	\$	\$	\$
PHYSIOTHÉRAPEUTE	\$	\$	\$	\$
PSYCHOLOGUE	\$	\$	\$	\$
FRAIS POUR PRISE DE SANG	\$	\$	\$	\$
FRAIS POUR COMPLÉTER FORMULAIRES	\$	\$	\$	\$
AUTRES FRAIS MÉDICAUX:	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
TOTAL OPTOMÉTRISTE	VERRES	\$	\$	\$
	MONTURES	\$	\$	\$
	EXAMEN	\$	\$	\$
ACCEPTÉ AU QC SEULEMENT	NATUROPATH	\$	\$	\$
	OSTÉOPATH	\$	\$	\$
	PODOLOGUE	\$	\$	\$
AUCUN FRAIS DE MASSOTHERAPIE ACCEPTÉ	N/A	N/A	N/A	N/A
TOTAL NET QUE VOUS AVEZ PAYÉ	\$	\$	\$	\$

SIGNATURE

DATE