



Année _ _ _ _

DOSSIER AU NOM DE M: _____ & MME: _____

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

TOTAL DE VOS DONNS FRAIS MÉDICAUX

MONSIEUR MADAME

\$	\$
----	----

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		\$	\$	\$	\$
CHIROPRATICIENS		\$	\$	\$	\$
PODIATRE		\$	\$	\$	\$
PHYSIOTHÉRAPEUTE		\$	\$	\$	\$
PSYCHOLOGUE		\$	\$	\$	\$
FRAIS POUR PRISE DE SANG		\$	\$	\$	\$
FRAIS POUR COMPLÉTER FORMULAIRES		\$	\$	\$	\$
AUTRES FRAIS MÉDICAUX:		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
TOTAL OPTOMÉTRISTE	VERRES	\$	\$	\$	\$
	MONTURES	\$	\$	\$	\$
	EXAMEN	\$	\$	\$	\$
ACCEPTÉ AU QC SEULEMENT	NATUROPATHE	\$	\$	\$	\$
	OSTÉOPATHE	\$	\$	\$	\$
	PODOLOGUE	\$	\$	\$	\$
AUCUN FRAIS DE MASSOTHERAPIE ACCEPTÉ		N/A	N/A	N/A	N/A

TOTAL NET QUE VOUS AVEZ PAYÉ	\$	\$	\$	\$
------------------------------	----	----	----	----

SIGNATURE

DATE