

À COMPLÉTER

POUR LES FRAIS QUI ONT ÉTÉ RÉCLAMÉS À VOTRE ASSUREUR, METTRE LE MONTANT
NON REMBOURSÉS PAR L'ASSUREUR (PAYÉS DE VOTRE POCHE)

	Monsieur	Madame	Enfant	Enfant
	(soustraire les remboursements reçus de votre assureur)			
Médicaments	\$	\$	\$	\$
Chiropratique	\$	\$	\$	\$
Dentiste	\$	\$	\$	\$
Dermatologue	\$	\$	\$	\$
Ergothérapeuthe	\$	\$	\$	\$
Kinésiologue	\$	\$	\$	\$
Naturopathe	\$	\$	\$	\$
Optométriste	\$	\$	\$	\$
Optométriste (lunettes) coût monture	\$	\$	\$	\$
Optométriste (lunettes) coût verres	\$	\$	\$	\$
Orthophoniste	\$	\$	\$	\$
Ostéopathe	\$	\$	\$	\$
Physiothérapeute	\$	\$	\$	\$
Podiatre	\$	\$	\$	\$
Psychologue	\$	\$	\$	\$
Autres (prise de sang, examen)	\$	\$	\$	\$
TOTAL NET QUE VOUS AVEZ PAYÉ	\$	\$	\$	\$

Votre signature: _____

Date: _____