

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 |
|--------------------------------------|----------|--------|--------|--------|
| Médicaments                          | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Chiropratie                          | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Dentiste                             | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Dermatologue                         | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Ergothérapeute                       | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Kinésiologue                         | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Naturopathe                          | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Optométriste                         | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Optométriste (lunettes) coût monture | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Optométriste (lunettes) coût verres  | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Orthophoniste                        | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Ostéopathe                           | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Physiothérapeute                     | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Podiatre                             | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Psychologue                          | \$       | \$     | \$     | \$     |
| Autres (prise de sang, examen)       | \$       | \$     | \$     | \$     |
| <b>TOTAL NET QUE VOUS AVEZ PAYÉ</b>  | \$       | \$     | \$     | \$     |

Votre signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_