



## Frais médicaux pour la famille

Montant non-remboursé par l'assurance

Nom : \_\_\_\_\_

# de référence : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Médicaments	
Physiothérapeute	
Dentiste	
Optométriste	
Chiropraticien	
Psychologue	
Autres frais médicaux :	

\*\* N.B Les reçus individuels ne seront pas acceptés. Seulement le sommaire de vos frais médicaux ou ce document. Merci !