

FRAIS MÉDICAUX

NOM DE L'ASSURÉ(E): _____

ANNÉE _____

Veillez remplir le formulaire ci-joint au meilleur de votre connaissance. Veuillez noter que toute chirurgie esthétique n'est pas admissible de même que la massothérapie. Il se peut que le gouvernement fasse des vérifications, alors **vous devez conserver vos reçus pour une période de 6 ans. N'apportez que ce formulaire lors de votre visite à nos bureaux.**

Si vous n'avez **pas d'assurance** ce sont les **montants totaux** des frais médicaux que vous devez indiquer (demandez à votre pharmacien de vous fournir le total de vos médicaments) et si vos frais sont **couverts par une assurance** ne mettez que **le montant déboursé par vous qui ne vous a pas été remboursé.**

MONSIEUR

MADAME

Prime d'assurance (frais médicaux)

Exemple : Prime assurance Croix bleue

Médicament / ou différence assurance

Dentiste - Orthodontie - Denturologiste

Optométriste - Opticien

Lunettes, verres contact, examen vue

Naturo - Ostéopathe

(Québec seulement)

Chiro - Physio

Autres à spécifier : Ambulance, accessoires orthopédiques, dermatologue, prise de sang



TOTAUX :

PRÉPARÉ PAR : _____

Signature du client