



SERVICES FINANCIERS

Frais médicaux pour la famille

****Montant non-remboursé par l'assurance****

Nom : _____

de référence : _____

Courriel : _____

Année d'imposition : _____

Médicaments

Physiothérapeute

Dentiste

Optométriste

Chiropraticien

Psychologue

Prothèse et appareils médicaux

Prélevement

Autres frais médicaux :

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