

- Réception: _____
 Finaliser: _____
 Tarif: _____

FICHE FRAIS MÉDICAUX

Vous devez fournir le total des frais médicaux payés par vous, votre conjoint(e) et vos enfants à charge qui ne vous ont **pas été remboursés par vos assurances, donc la portion déboursée de vos poches.**

Non admissible au fédéral et au provincial : Esthétique et massothérapie

Non admissible au fédéral (Provincial ok) : Homéopathie, naturopathie et ostéopathie

	Nom	Nom	Enfant	Enfant	Enfant
Catégories					
Frais médicaments + prescriptions					
Total des frais de dentiste et orthodontie					
Total des frais de physiothérapeute					
Total des frais d'ostéopathie					
Total des frais de naturopathe					
Total des frais de chiropraticiens					
Total des frais d'audiologie					
Total des frais de podiatre					
Total des frais de psychologue					
Prothèse sur prescription					
Examen de la vue					
Verres ou lentilles					
Monture					
Total des frais d'acupuncture					
Honoraires payés à des médecins					
Total des frais d'ambulance					
Autres frais					
TOTAL NET DE CE QUE VOUS AVEZ PAYÉ					

Je confirme que les informations contenues dans ce formulaire sont exactes.

 Signature

 Date

NE PAS INCLURE LES PIÈCES JUSTIFICATIVES (REÇUS)
 VOUS DEVEZ TOUTEFOIS LES CONSERVER PRÉCIEUSEMENT.