



SERVICES FINANCIERS

Frais médicaux pour la famille

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

Nom : _____

de référence : _____

Courriel : _____

Médicaments	
Physiothérapeute	
Dentiste	
Optométriste	
Chiropraticien	
Psychologue	
Massothérapeute	
Prélevement	
Autres frais médicaux :	

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