

## FRAIS MÉDICAUX:

Dentiste (partie non remboursée par vos assurances)	_____	\$
Yeux: Examen pour la vue	_____	\$
Yeux: Lentilles ou verres ( partie non remboursée par vos assurances)	_____	\$
Yeux : Monture	_____	\$
Pharmacie: Reçus de pharmacie ( partie non remboursé par vos assurances)	_____	\$
Ostéopathie, Naturopathies, Homéopathie	_____	\$
Autres dépenses para-médicales	_____	\$

\* Massothérapie et Esthétique NON ADMISSIBLE \*\*

\*\* Si vous avez des assurances collectives: imprimer votre relevé annuel et apportez-le avec cette feuille