

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 remboursée par vos assurances)	_____	\$
Ostéopathie, Naturopathie, Homéopathie	_____	\$

* Massothérapie et Esthétique NON ADMISSIBLE *

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