

Année : _____

SOMMAIRE DES FRAIS MÉDICAUX

Nom complet du client : _____

INSCRIRE SEULEMENT LA PARTIE DES FRAIS NON REMBOURSÉS PAR VOS ASSURANCES

Nature des frais	Patient :	Patient :	Patient :	Patient :	TOTAL
Médicaments (prescriptions)					
Dentiste					
Optométriste (examen de la vue)					
Lunettes (montures seulement)					
Verres et lentilles cornéennes					
Prises de sang, vaccins					
Examens radiographie					
Praticiens :	LES FRAIS DE MASSOTHÉRAPIE SONT NON DÉDUCTIBLES				
Acupuncteur					
Chiropraticien					
Ergothérapeute					
Médecin					
Naturopathe					
Ostéopathe					
Physiothérapeute					
Psychologue					
Travailleur social					
Autonomie :					
Marchette, canne, fauteuil roulant, lit d'hôpital					
Prothèse auditive					
Barre d'appui salle de bain					
TOTAL					