



180 Lesmill Road
North York, Ontario
M3B 2T5
(888) 311-4761 ou (416) 441-7073

RELEVÉ DES FRAIS

Nom de l'assuré : _____

Numéro de police : _____

Énumérez ci-dessous **les frais que vous avez payés** pour votre réclamation. Veuillez noter que nous avons besoin des documents **originaux** pour considérer vos factures. Si vous recevez d'autres factures après que vous avez soumis ce document, veuillez nous téléphoner avant de les payer.

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (PHARMACIE, MÉDECIN, ETC.)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	DATE DE SERVICE	MONTANT PAYÉ	DATE DE PAIEMENT	DEVISE

Commentaires :

Si nécessaire, utilisez le verso ou photocopiez ce formulaire.