



**Pour tous les frais réclamés :** 1- Vous devez fournir l'original du reçu qui détaille les services reçus.  
2- Lorsque l'espace réservé est insuffisant, vous pouvez annexer une feuille séparée que vous devez dater et signer.

**Section E – Services d'aide à domicile** – À remplir par la personne assurée ou par l'adhérent.

Date de chaque service AAAA MM JJ	Détails des services	Nombre de jours	Honoraires/jour
_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$

Nom du fournisseur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Relation avec l'adhérent :  Ami  Parent  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Section F – Soins infirmiers à domicile** – À remplir par la personne assurée ou par l'adhérent.

Liste des services reçus	Date des services AAAA MM JJ	Taux horaire	Nombre d'heures	Montant
_____	_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____	_____ \$

Nom de l'infirmier ou de l'infirmière : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Relation avec l'adhérent :  Ami  Parent  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Section G – Séjour dans un centre de convalescence** – À remplir par la personne assurée, par l'adhérent ou par le centre de convalescence.

Nom et adresse du centre de convalescence  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durée du séjour  
Du : \_\_\_\_\_ Au : \_\_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_ \$

**Section H – Frais de garde des enfants** – À remplir par la personne assurée ou par l'adhérent.

Date des services AAAA MM JJ	Nom de l'enfant	Date de naissance AAAA MM JJ	Montant réclamé	Montant normalement payé pour la garde des enfants
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$

Nom du gardien : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Relation avec l'adhérent :  Ami  Parent  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Section I – Frais de déplacement** – À remplir par la personne assurée ou par l'adhérent et faire signer tout médecin ou professionnel de la santé consulté.

**Admissibles seulement à la suite d'une chirurgie ou d'une hospitalisation.**

Dates AAAA / MM / JJ	Transport utilisé (aller-retour)	Soins prodigués	Nom, adresse et numéro de permis du médecin ou professionnel
_____	Taxi _____ \$	_____	Signature du médecin ou professionnel de la santé
_____	Voiture privée _____ km Stationnement _____ \$	_____	
_____	Transport public _____ \$	_____	
_____	Taxi _____ \$	_____	Signature du médecin ou professionnel de la santé
_____	Voiture privée _____ km Stationnement _____ \$	_____	
_____	Transport public _____ \$	_____	
_____	Taxi _____ \$	_____	Signature du médecin ou professionnel de la santé
_____	Voiture privée _____ km Stationnement _____ \$	_____	
_____	Transport public _____ \$	_____	