



GODIN, LACROIX & ASSOCIÉS
COMPTABLES

Dossier : _____

Compilé par : _____

Nom du client : _____

FRAIS MÉDICAUX

CO-ASSURANCE : _____ \$
FRAIS NON-REMB

COÛT DE LA PRIME MED. : _____ \$

PRESCRIPTIONS : _____ \$

MONTURE DE LUNETTE : _____ \$

DENTISTE / ORTHODONTIE : _____ \$

FRAIS D'HÉBERGEMENT DANS
UN CHSLD : _____ \$

COTISATION RAMQ ANNÉE
PRÉCÉDENTE : _____ \$
À DÉDUIRE AU FÉRÉDAL SEULEMENT

_____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$