



Liste des frais engagés/Incurred Expenses List

Nom de l'assuré / Insured Person:	Lien de parenté/Relationship:
Requérant/Claimant:	N° de Dossier ou n° de la réclamation/File or Claim Number:

N°	Nom de la clinique, médecin, dentiste, hôpital, pharmacie Name of Clinic, Doctor, Dentist, Hospital, Pharmacy	Pays/ Country	Raison/Reason	Date	Frais/Cost	Paiement/Payment
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
					Total:	

🔗 **Veillez retourner tous les reçus originaux avec ce formulaire.** 🔗
Indiquez clairement si la facture a été payée.

🔗 **Please return original receipts and bills with this form. Clearly mark whether bill has been paid.** 🔗