



CLAIM NO. / N° DE LA DEMANDE
ADJUSTER / EXPERT EN SINISTRES

RECORD OF MEDICAL AND PERSONAL EXPENSES
RELEVÉ DES FRAIS MÉDICAUX ET PERSONNELS

(Attach Receipts. Use Reverse Side Or A Separate Sheet If Space Insufficient)
 (Annexer les reçus. Si l'espace ci-dessous est insuffisant, annexer une autre feuille.)

A **Medication** (*Original Pharmacare Receipts are Required For Prescriptions*)
Médicaments (*Annexer les reçus originaux du régime d'assurance-médicaments pour les médicaments vendus sous ordonnance*)

Date / Date Year / Month / Day / Année Mois Jour	Name of medication Nom du médicament	No. of Units tablets, caps. N° d'unités (comprimés, capsules)	Prescription number N° de l'ordonnance	Name of physician Nom du médecin	Amount claimed Montant demandé
Total / Total ▶					\$

B **Other Medical Expenses** (*eyeglasses, dentures, etc.*)
Autres frais médicaux (*lunettes, dentiers, etc.*)

Date / Date Year / Month / Day / Année Mois Jour	Name of person who paid expenses Nom de la personne qui a payé les frais	Name of the firm (supplier of goods or services) Nom du fournisseur (biens ou services)	Type of expenses Description des dépenses	Amount claimed Montant demandé
Total / Total ▶				\$

Grand total / Total général (**A** + **B**) \$

I declare in good faith that the information provided is true
 Je déclare en toute bonne foi que les renseignements indiqués ci-dessus sont exacts.

yr. / a mo. / m day / j

Signature of victim, his or her agent or the claimant
 Signature de la victime, de son agent ou du demandeur