



La somme ci-dessus sera déposée dans votre compte bancaire.

SAMUEL CANTIN GAUTHIER
748 RUE DU PARC
LAUNAY QC J0Y 1W0

RELEVÉ DES PRESTATIONS

Nom de l'employé **SAMUEL CANTIN GAUTHIER**
Numéros d'entreprise et de certificat **263521013**

RÉCLAMATION: 38216744		PATIENT: SAMUEL CANTIN GAUTHIER		FOURNISSEUR: MAYRAND ISABELLE			
DESCRIPTION DES FRAIS	DATE DE SERVICE	FRAIS PRÉSENTÉS	MONTANT ADMISSIBLE	FRANCHISE	%	MONTANT APPROUVÉ	CODE EXPLICATIF
Périodontie 43310	29Jui-29Jui/2020	800,00	403,00	,00	80	322,40	*26
TOTAL		800,00	403,00	,00		322,40	

*26 Le montant des frais dépasse le maximum accordé par le régime.

ECL Cette demande de règlement a été présentée par voie électronique par votre fournisseur de services. Veuillez

ECL signaler tout écart au numéro ou à l'adresse indiquée dans le bas du présent document.

Veillez conserver ce relevé pour l'impôt sur le revenu, car aucune copie ne sera émise et les reçus originaux ne seront pas retournés.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec nous au numéro 1 800 294-4080 ou par courriel à information@johnstongroup.ca

1 Pour obtenir vos remboursements plus rapidement, transmettez vos demandes de règlement en ligne. Inscrivez-vous à www.mes-avantages.ca.
Vous trouverez les formulaires de demande de règlement dans www.lecollectifdeschambres.ca. GD