|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de l'enfant : | |  | | | | | No. de dossier |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Instructions :** L'objet de ce formulaire est de déclarer que la partie adverse n'a pas réglé ses factures médicales. **Utilisez un formulaire par enfant.** Les formulaires Requête pour outrage au tribunal et Déclaration (Formulaire normalisé des affaires familiales no. 21) et Ordonnance de justification, Avis et Instructions à l'attention du Greffier (Formulaire uniformisé des affaires familiales no. 22) doivent être déposés. Vous devez vous présenter à l'audience muni(e) des photocopies des factures médicales, des formulaires d'explication des prestations et de la/des preuve(s) de paiement. Il vous sera probablement demandé d'indiquer le montant qui vous est dû, les noms des prestataires de soins, les noms des agences de recouvrement et les autres organismes éventuellement impliquées. **Si vous manquez d'espace, ajoutez des pages au besoin.** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Explications relatives aux factures MÉDICALES** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Date des soins/du traitement** | **Type de prestataire de soins**  **(médecin, dentiste, thérapeute, hôpital)**  **et soins administrés** | | | | | **Total de la facture** | **Facture envoyée le**  **à la partie adverse** | **Montant pris en charge par l'assurance** | **Montant que vous avez**  **pris en charge** | **Montant que la partie adverse a pris en charge** | | **Montant impayé** | **Montant dû par la partie adverse** |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | **Montant total de la Demande** | | | | | | **$** | | |
| Votre signature | | |  | Date |  | | | | | | | | |

1