



NAS : _____

NOM : _____

FRAIS MÉDICAUX

PRÉPARATEUR :

Objectif : fournir le total des frais médicaux payés par vous, votre conjoint et vos enfants à charge et **qui ne vous ont pas été remboursés par vos assurances.** Il ne faut pas inclure la partie payée par votre employeur (case J du relevé 1), nous l'ajouterons nous-même sur votre déclaration provincial.

(* * * non admissible au féd et prov : ESTHÉTIQUE et MASSOTHÉRAPIE)

(* * * non admissible au féd (Prov = ok) : HOMÉOPATHIE, NATUROPATHES et OSTÉOPATHIE)

DENTS : Frais dentiste (partie non remboursée par vos assurances) _____ \$

YEUX : Examen pour la vue _____ \$

YEUX : Lentilles ou verres (partie non remboursée par vos assurances) _____ \$

PHARMACIE : Recus de pharmacie (partie non remboursée par vos assurances) _____ \$

AUTRES : Autres montants (partie non remboursée par vos assurances) _____ \$

Sous-total avant la prime payé personnellement et monture \$

Prime payés à votre régime d'assurance maladie (sauf info T4/RL1) : Prime _____ \$

M. Monture _____ (RQ max 200 \$)

Mme Monture _____ (RQ max 200 \$)

Québec : Frais ostéopathie, naturopathes, homéopathie Autres Qc _____ (* Qc)

ACTIVITÉS ENFANTS

	ENFANT # 1	ENFANT # 2	ENFANT # 3
NOM ENFANTS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ACTIVITÉS ENFANTS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ACTIVITÉS PHYSIQUES POUR AINÉES (70 ans et plus)

ACTIV. SPORTIVES