

FRAIS MÉDICAUX

VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE CI-JOINT AU MEILLEUR DE VOTRE CONNAISSANCE. VEUILLEZ NOTER QUE **LA MASSOTHÉRAPIE ET L'ORTHOTHÉRAPIE NE SONT PAS ADMISSIBLES**. LES GOUVERNEMENTS PEUVENT FAIRE DES VÉRIFICATIONS, ALORS **VOUS DEVEZ CONSERVER VOS REÇUS POUR UNE PÉRIODE DE 6 ANS. N'APPORTEZ QUE CE FORMULAIRE LORS DE VOTRE VISITE À NOS BUREAUX. NOUS N'AVONS PAS BESOIN D'AVOIR VOS REÇUS.**

SI VOUS N'AVEZ PAS D'ASSURANCE CE SONT LES **MONTANTS TOTAUX** DES FRAIS MÉDICAUX QUE VOUS DEVEZ INDIQUER (VOTRE PHARMACIEN EST EN MESURE DE VOUS FOURNIR LE TOTAL DE VOS MÉDICAMENTS) ET SI VOS FRAIS **SONT COUVERTS PAR UNE ASSURANCE, NE METTEZ QUE LE MONTANT DÉBOURSÉ PAR VOUS QUI NE VOUS A PAS ÉTÉ REMBOURSÉ.**

ANNÉE D'IMPOSITION

20 _____

	NOM CLIENT #1	NOM CLIENT #2	NOM CLIENT #3	NOM CLIENT #4
Prime d'assurance privée (frais médicaux) ex: Croix bleue (Une prime non inscrite sur T4 et RL1)				
Médicaments payés et non remboursés				
Dentiste - Orthodontie - Denturologiste				
Optométriste - Opticien (Lunettes, verres contact, examen de la vue)	Monture: \$ Lentilles: \$ Examen: \$			
Chiro - Physio				
Naturopathes - Ostéopathes - Homéopathes - Phytothérapeutes (Admissible seulement à Revenu Québec)				

AUTRES À SPÉCIFIER: Ambulance, accessoires orthopédiques, dermatologue, prise de sang, frais d'hébergement (CHSLD), etc.



SIGNATURE DU CLIENT