

Nom de l'assuré _____



Nous n'avons pas besoin de vos reçus, la feuille complétée est suffisante pour nous

Vous devez conserver vos reçus pour une période de 6 ans

Si vos frais sont **couverts par une assurance**, n'inscrivez que le montant non remboursé par vos assurances

*** Veuillez noter que toute chirurgie esthétique et les soins de massothérapie ne sont pas admissibles ***

	Vous	Conjoint (e)	Pers à charge	Pers à charge
Indiquez le nom des personnes :				
Prime assurance pour frais médicaux sauf si inscrite sur T4 et Relevé1	_____	_____	_____	_____
	\$	\$	\$	\$
Médicaments / Différence assurance	_____	_____	_____	_____
	\$	\$	\$	\$
Dentiste / Orthodontie / Denturologiste	_____	_____	_____	_____
	\$	\$	\$	\$
Optométriste / Opticien	_____	_____	_____	_____
	\$	\$	\$	\$
Naturopathe/ Ostéopathe (Québec seulement)	_____	_____	_____	_____
	\$	\$	\$	\$
Chiropraticien / Physiothérapeute / Ergothérapeute	_____	_____	_____	_____
	\$	\$	\$	\$
Médecin privé / clinique privée	_____	_____	_____	_____
	\$	\$	\$	\$
Prélèvements sanguins	_____	_____	_____	_____
	\$	\$	\$	\$
_____	_____	_____	_____	_____
	\$	\$	\$	\$
_____	_____	_____	_____	_____
	\$	\$	\$	\$
_____	_____	_____	_____	_____
	\$	\$	\$	\$
Total Frais médicaux:	_____	_____	_____	_____
	\$	\$	\$	\$

DONS pour les oeuvres de bienfaisances

Faire la somme des dons de bienfaisances

Conserver vos reçus	Total des dons	_____	_____	_____	_____
		\$	\$	\$	\$

Activités sportives et/ou culturelles Enfants seulement 5 à 16 ans

Faire la somme de toutes les activités

Conserver vos reçus	Total des activités	_____	_____	_____	_____
		\$	\$	\$	\$

Complété par : _____

Date : _____ JJ/MM/AAAA