



Frais Médicaux

Effacer formulaire

Dons

Année _____

Activités sportives et culturelles

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 / Denturologue	\$	\$	\$	\$
Optométriste / Opticien	\$	\$	\$	\$
Naturopathe/ Ostéopathe (Québec seulement)	\$	\$	\$	\$
Chiropraticien / Physiothérapeute / Ergothérapeute	\$	\$	\$	\$
Médecin privé / clinique privée	\$	\$	\$	\$
Prélèvements sanguins	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
Total Frais médicaux:	\$	\$	\$	\$

DONS pour les œuvres 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