

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 <b>sauf si inscrite sur T4 et Relevé1</b>	\$	\$	\$	\$
Médicaments / Différence assurance	\$	\$	\$	\$
Dentiste / Orthodontie / Denturologiste	\$	\$	\$	\$
Optométriste / Opticien	\$	\$	\$	\$
Naturopathe/ Ostéopathe ( <u>Québec seulement</u> )	\$	\$	\$	\$
Chiropraticien / Physiothérapeute / Ergothérapeute	\$	\$	\$	\$
Médecin privé / clinique privée	\$	\$	\$	\$
Prélèvements sanguins	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
<b>Total Frais médicaux:</b>	\$	\$	\$	\$

### 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