



Frais Médicaux Dons Activités sportives et culturelles

Année

Nom de l'assuré _____

Veuillez remplir le formulaire ci-joint au meilleur de votre connaissance.

Il se peut que le gouvernement procède à des vérifications, alors vous **devez conserver vos reçus pour une période de 6 ans**

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

Si vous n'avez **pas d'assurance** ce sont les **montants totaux** des frais médicaux que vous devez indiquer (demandez à votre pharmacien 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.**

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

Nom :

Prime d'assurance - Frais médicaux

(ass.voyage portion frais médicaux seulement)

Médicament / Différence assurance

Dentiste / Orthodontie / Denturologiste

Optométriste / Opticien

(Lunettes, verres de contact, examen de la vue)

Naturopathe/ Ostéopathe (Québec seulement)

Chiropraticien / Physiothérapeute / Ergothérapeute

Médecin privé / clinique privée

Prélèvements sanguins

Soins Infirmiers

DONS pour les oeuvres de bienfaisances

Faire la somme des dons de bienfaisances

Pour chacune des personnes

Conserver vos reçus

Activités sportives et/ou culturelles

Faire la somme de toutes les activités

Pour chacune des personnes

Conserver vos reçus

Signature : _____

Date : _____