



Formulaire FM-01

Formulaire Frais Médicaux (partie non-couverte pas un régime assurance**)**

Client : _____

***** Vous devez avoir avec vous les reçus officiels en cas de vérification de votre déclaration d'impôt Fédéral et Provincial pour une période de 6 ans*****

Identification	Dentisterie	Optométrie	Pharmacie	Autres	Total
Nom : _____ Prénom : _____ Date naissance : <u>aaaa/mm/jj</u>	(Partie non remboursée par vos assurances) _____ \$	Examen pour la vue _____ \$ Lentilles ou verres) _____ \$ Monture _____ \$ (QC max 200 \$)	Reçus de pharmacie (Partie non remboursée par vos assurances) _____ \$	Frais ostéopathie, naturopathes, homéopathie Autres _____ \$ (Admissible au Québec seulement)	
Nom : _____ Prénom : _____ Date naissance : <u>aaaa/mm/jj</u>	(Partie non remboursée par vos assurances) _____ \$	Examen pour la vue _____ \$ Lentilles ou verres) _____ \$ Monture _____ \$ (QC max 200 \$)	Reçus de pharmacie (Partie non remboursée par vos assurances) _____ \$	Frais ostéopathie, naturopathes, homéopathie Autres _____ \$ (Admissible au Québec seulement)	
Nom : _____ Prénom : _____ Date naissance : <u>aaaa/mm/jj</u>	(Partie non remboursée par vos assurances) _____ \$	Examen pour la vue _____ \$ Lentilles ou verres) _____ \$ Monture _____ \$ (QC max 200 \$)	Reçus de pharmacie (Partie non remboursée par vos assurances) _____ \$	Frais ostéopathie, naturopathes, homéopathie Autres _____ \$ (Admissible au Québec seulement)	
Nom : _____ Prénom : _____ Date naissance : <u>aaaa/mm/jj</u>	(Partie non remboursée par vos assurances) _____ \$	Examen pour la vue _____ \$ Lentilles ou verres) _____ \$ Monture _____ \$ (QC max 200 \$)	Reçus de pharmacie (Partie non remboursée par vos assurances) _____ \$	Frais ostéopathie, naturopathes, homéopathie Autres _____ \$ (Admissible au Québec seulement)	
Nom : _____ Prénom : _____ Date naissance : <u>aaaa/mm/jj</u>	(Partie non remboursée par vos assurances) _____ \$	Examen pour la vue _____ \$ Lentilles ou verres) _____ \$ Monture _____ \$ (QC max 200 \$)	Reçus de pharmacie (Partie non remboursée par vos assurances) _____ \$	Frais ostéopathie, naturopathes, homéopathie Autres _____ \$ (Admissible au Québec seulement)	

**** Les soins médicaux-esthétique et la massothérapie ne sont admissible ni au provincial ni au fédéral****

Je déclare que les informations fournis à **S2 impôt et comptabilité enr.** à inclure dans ma déclaration de revenu 2024, dans le cadre de ma déclaration de revenue sont vrais, exacts et complets.

Signature : _____

Date : aaaa / mm / jj