

Questionnaire Frais Médicaux

Objectif : Fournir le total des frais médicaux payés par vous, votre conjoint et vos enfants à charge et qui ne vous ne sont pas été remboursés par vos assurances. Il ne faut pas inclure la partie payée par votre employeur (case J du relevé 1), nous l'ajouterons nous-même sur votre déclaration provincial.

Nom : _____

Année d'imposition : _____

(* * * non admissible au féd et prov : ESTHÉTIQUE et MASSOTHÉRAPIE)

(* * * non admissible au féd (Prov = ok) : Homéopathes, Naturopathes, Ostéopathes, Phytothérapeutes Podologue, Psychothérapeute, Sexologue et Thérapeutes conjugaux)

	<u>Vous</u>	<u>Conjoint</u>	<u>Enfant 1</u>	<u>Enfant 2</u>
Dentiste (Partie non remboursée par vos assurances)				
Pharmacie : Reçus de médicaments non remboursée par vos assurances				
Yeux : Examen de la vue				
Yeux : Lentilles ou verres (partie non remboursée par vos assurances)				
Monture pour les lunettes non remboursé par les assurances : Max 200\$ au Quebec				
Frais admissible uniquement au Québec : Naturopathe, homéopathie...				
Autres à détailler :				
Autres à détailler :				
Autres à détailler :				
Autres à détailler :				
Prime payée à votre régime d'assurance autre que ceux sur le T4/RL1				
Total				

Signature : _____