GRILLE DES FRAIS MÉDICAUX

PÉRIODE VISÉE : du 1er janvier 20___ au 31 décembre 20___

***** N'inscrire que la partie que vous avez réellement payé ;***
vous devez ainsi déduire tout montant remboursé par votre assurance **

Afin de faciliter la compréhension des tableaux suivants, veuillez associer le nom d'un des membres de votre famille à une lettre.

A _____
B _____
C _____
D _____

Détails

SVP inscrire le **montant total excluant la portion remboursée par les assurances** pour chacune des personnes, pour chacune des catégories

DESCRIPTION	PERSONNE A	PERSONNE B	PERSONNE C	PERSONNE D
Médicaments sur prescription*				
Dentiste (blanchiment non admissible)				
Orthodontiste				
Optométrie				
Examen de la vue				
Prescription				
Monture				
Correction au laser (myopie)				
Chiropratien				
Ostéopathe				
Chaussures orthopédiques				
Acupuncteur				
Ergothérapeute				
Ortophoniste				
Audiologiste				
Psychologue				
Podiatre				
Thérapeute conjugal				
Naturopathe				
Homéopathe				
Traitement d'infertilité				
Autres frais? Précisez:				

*** Demandez le sommaire annuel à votre pharmacie**

**** Les frais de massothérapie ne sont pas déductibles**

Assurance privée
Si vous avez versés des primes à un régime d'**assurance-maladie privée** durant l'année concernée :
Nom du régime _____ Montant _____

NB. Si vous avez dû vous déplacer pour recevoir des soins médicaux dans un rayon de 40 km, avisez-nou
Au besoin, joindre une annexe en respectant le nom des colonnes.

J'atteste que les informations fournies dans ce document sont exactes et complètes.

Signature: _____ Date: _____

Pour plus d'informations concernant les frais médicaux admissibles, consultez le guide de Revenu Québec au http://www.revenuquebec.ca/fr/sepf/formulaires/in/in-130.aspx