Frais Médicaux
Dons
Activités sportives et culturelles

Effacer formulaire

Année

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 **sauf si inscrite sur T4 et Relevé1**	$	$	$	$
Médicaments / Différence assurance	$	$	$	$
Dentiste / Orthodontie / Denturologiste	$	$	$	$
Optométriste /Opticien	$	$	$	$
Naturopathe/ Ostéopathe (**Québec seulement**)	$	$	$	$
Chiropraticien / Physiothérapeute / Ergothérapeute	$	$	$	$
Médecin privé / clinique privée	$	$	$	$
Prélèvements sanguins	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
Total Frais médicaux:	0.00 $	0.00 $	0.00 $	0.00 $

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