

Nom _____

ANNÉE 2021


MIJS IMPÔTS

Inscrire **UNIQUEMENT** la partie que vous avez **RÉELLEMENT PAYÉE**. **SOUSTRAYRE TOUT** remboursement d'assurance, RAMQ ou autre. **N'EST PAS ADMISSIBLE**: la massothérapie, les produits naturels, les médicaments en vente libre, le cannabis provenant de la SQDC ou la rue, la chirurgie esthétique, les frais d'adhésion pour services au privé, l'épilation au laser et le produits et services ou vous payez la TPS TVQ.

DESCRIPTION

	Factures Incluses	À venir	M	Mme	Nom Enfant	Nom Enfant	Nom Enfant	Nom Enfant
Prescription(demandez la liste DÉTAILLÉE au pharmacien) <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cannabis sous prescription (SQDC N/A) <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dentiste (Blanchiment non admissible) <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Prothèses ou implants dentaires <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Orthodontie (frais payés dans l'année) <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
OPTOMÉTRIE Examen , Gouttes, Opération <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Coût des Verres ou Lentilles cornéennes <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Coût de la Monture sans les verres <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Orthèses, Prothèse, Lentilles intra-oculaire <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dermatologue/ traitement peau <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Podiatre <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Podologue (soins des pieds) <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Prise de sang, Teste Covid 19, Vaccin <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Chiropraticien <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Acupuncteur <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Psychologue, Psychothérapeute et autres <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ostéo, Naturo, Homéopathe <small>NON ADMISSIBLE AU FÉD.</small> <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Physiothérapeute <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Orthothérapie <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Loyer personne en CHSLD <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hospitalisation courte durée (- 60Jrs) <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ambulance <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Liste des déplacements + de 40KM <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Diététiste, infirmière et autres praticiens <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Audiologiste et/ou Piles pour prothèses <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Radio, Scan, Échographie ou autres testes <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
CPAP et acc.pour apnée du sommeil <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
INFERTILITÉ Prescription/Frs pour Évaluation <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Frais pour traitement de fécondation in vitro <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Prime d'assurance Maladie et/ou Voyage <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Formulaires <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Couches pour adulte (si maladie ou infirmité) <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Chaise Roulante, Équip. Adapter le logie <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____
Autres précisez _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/>			_____	_____	_____	_____	_____	_____

Je certifie que les informations fournies sont exactes et complètes et qu'elles révèlent la totalité des frais médicaux admissibles que j'ai payé. J'ai soustrait de ces montant tous remboursements de la RAMQ ou d'une assurance s'il y a lieu.

Signature _____

**COMPILÉ PAR LE CLIENT ET
NON VÉRIFIÉ PAR MIJS.**

Date _____