

Nom _____

ANNÉE 2025



MIJS IMPÔTS

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

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 _____