

FISCALITÉ CIBLE INC.

FRAIS MÉDICAUX 2016

ANNEXE A

À COMPLÉTER (SI APPLICABLE À VOUS)

NOM:

#DOSSIER:

Il est très important de nous fournir les informations exactes sur vos frais médicaux que vous avez payés en 2016. Veuillez remplir ce formulaire par membre de votre famille pour nous permettre une meilleure optimisation de votre déduction fiscale.

| Nature des frais | Montant total des frais | Montant remboursé par votre assurance | Payé par vous (partie non remboursée seulement) |
|--|-------------------------|---------------------------------------|---|
| Prescriptions (joindre liste détaillée du pharmacien pour l'année) | | | |
| Prime d'assurance maladie privée et assurance voyage | | | |
| Cotisations RAMQ , selon avis de cotisation provincial 2014 | | | |
| Prime d'assurance santé et assurance dentaire Remdus (pour étudiants) | | | |
| Achat ou location d'accessoires ou appareils pour prolonger autonomie | | | |
| Acupuncteur , chiropraticien et physiothérapeute | | | |
| Audiologiste et audioprothésiste (examen, prothèses et batteries) | | | |
| Bas élastiques (prescription requise) | | | |
| Béquilles, cannes (sans prescription) ou marchette (avec prescription) | | | |
| Centre de désintoxication pour toxicomanie ou alcoolisme | | | |
| Centre de traitement ou clinique (TDAH, dépression ou autre) | | | |
| Certificat médical pour assurances | | | |
| Chiens-guides | | | |
| CHSLD et tout hébergement de soins longue durée | | | |
| Consultations médicales (examens, radiologie, scan, ambulance) | | | |
| Couches pour adultes (prescription non requise) | | | |
| Diététicienne (service rendu par un médecin autorisé) | | | |
| Dispositif d'aide à la lecture pour personne aveugle | | | |
| École pour enfant autiste (centre spécialisé avec équipements) | | | |
| Ergothérapeute | | | |
| Implants mammaires, après mastectomie ou réduction | | | |
| Infirmière agréée pour services médicaux ou sage-femme | | | |
| Inhalothérapeute | | | |
| Injection vitamine B12 pour le traitement de l'anémie (prescrite) | | | |
| Montures de lunettes (indiquez séparément des verres) | | | |
| Optométriste (examen, chirurgie au laser, lentilles et verres) | | | |
| Orthophoniste | | | |
| Podiatres et prothèses (avec prescription) | | | |
| Pompes à insuline pour diabétiques | | | |
| Préposés aux soins | | | |
| Psychologue et psychanaliste | | | |
| Psychothérapeute * | | | |
| Services de tutorat, orthopédagogue (difficulté d'apprentissage) | | | |
| Sexologue * | | | |
| Soins dentaires (examens, orthodontie, prothèses et chirurgie) | | | |
| Soins ostéopathiques , homéopathie , naturopathie et phytothérapie * | | | |
| Autres (spécifiez) | | | |

Frais de déplacement (plus de 40 km - aller) Pour services non dispensés dans votre région

| Date | Lieu des soins | Distance (aller-retour) |
|------|----------------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Frais de déplacement (plus de 80 km - aller) Pour services non dispensés dans votre région**

| Date | Lieu des soins | Distance (aller-retour) | # de repas/jour | Stationnement |
|------|----------------|-------------------------|-----------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* Frais admissibles au Québec seulement

** Frais de déplacement de plus de 80 km - Nombre de repas/jour, logement et stationnement admissibles.

N'oubliez pas de joindre vos factures et vos **relevés détaillés** (avec description des frais médicaux) d'assurance à ce formulaire.

SIGNATURE:

DATE: