



Caroline Perras

Formulaire pour les frais médicaux | 2025

Nom : _____

Prénom : _____

Option 1

Vous remplissez ce formulaire, sans nous transmettre vos reçus et/ou le sommaire détaillé de l'assurance privée (vous les conservez plutôt dans vos dossiers pour une période de 6 ans).

→ Nous garantissons le traitement fiscal approprié, mais pas les montants.

Option 2

Vous nous fournissez les reçus, relevés d'assurances, etc.

→ Nous garantissons autant le traitement fiscal que les montants.

→ Des frais seront ajoutés à votre facture selon le temps requis pour compiler vos documents (taux horaire de 80,00 \$ par tranche de 15 minutes).

Si des reçus sont fournis en plus de ce formulaire, nous ne pourrons pas nous empêcher de les analyser (nous sommes comme ça nous!), alors nous traiterons votre dossier selon l'option 2.

Informations importantes/Instructions :

- Vous pouvez obtenir un sommaire de vos frais médicaux auprès de votre pharmacien ou en consultant votre dossier sur le site Internet de votre assureur privé.
- Veuillez indiquer les montants qui ne vous ont pas été remboursés par votre assurance ou tout autre organisme, donc les frais que vous avez réellement déboursés.
- Vous pouvez inscrire les totaux par catégorie pour vous, votre conjoint et vos enfants mineurs. Pour les enfants majeurs, veuillez indiquer les totaux séparément.
- Principaux frais non admissibles :
 - Massothérapeute
 - Orthothérapeute
 - Kinésiologue
 - Abonnement à un gym
 - Médicaments en vente libre, vitamines, suppléments, etc.
 - Partie remboursée par votre assurance privée
 - Toute opération d'ordre esthétique seulement (ex. blanchiment des dents)

Soins dentaires

- Examens, traitements, orthodontie (y compris les appareillages)

	Vous, votre conjoint et vos enfants mineurs	Enfant majeur	Enfant majeur
		Nom	Nom
	_____ \$	_____ \$	_____ \$

Soins de la vue

- Si vous avez acheté des lunettes pour des enfants, avez-vous reçu le remboursement de 250 \$ de la RAMQ? Oui Non
- Verres, examens
- Montures de lunettes
- Chirurgie des yeux au laser

	_____ \$	_____ \$	_____ \$
	_____ \$	_____ \$	_____ \$
	_____ \$	_____ \$	_____ \$

Soins de santé

- Médicaments et équipements prescrits par un médecin et délivrés par un pharmacien
- Ambulance
- Frais d'examen médicaux (ex : électrocardiogramme, examen des selles, tests de glycémie)

	_____ \$	_____ \$	_____ \$
	_____ \$	_____ \$	_____ \$
	_____ \$	_____ \$	_____ \$



Caroline Perras

Formulaire pour les frais médicaux | 2025

	Vous, votre conjoint et vos enfants mineurs	Enfant majeur	Enfant majeur
		<i>Nom</i>	<i>Nom</i>
Soins de santé (suite)			
• Frais exigés par un professionnel de la santé pour remplir des formulaires médicaux	_____ \$	_____ \$	_____ \$
• Professionnels suivants (provincial seulement) :	_____ \$	_____ \$	_____ \$
- homéopathe - phytothérapeute			
- naturopathe - psychanalyste			
- ostéopathe - psychothérapeute			
• Autres professionnels (liste non exhaustive) :	_____ \$	_____ \$	_____ \$
- acupuncteur - médecin			
- audiologiste - orthophoniste			
- chiropraticien - physiothérapeute			
- denturologiste - podiatre			
- diététiste / nutritionniste - psychologue			
- ergothérapeute - sexologue			
- infirmier autorisé - thérapeute conjugal et familial			
- - travailleur social			
• Cannabis médical	_____ \$	_____ \$	_____ \$
• Si vous aviez 70 ans et plus au 31 décembre : montant déboursé pour des équipements visant à maintenir votre autonomie dans votre domicile. Exemples :	_____ \$		
- baignoire à porte - fauteuil non motorisé			
- béquilles - lit d'hôpital			
- bouton panique - marchette			
- canne - poignée de sûreté			
- chaise d'escalier - prothèse auditive			
- cuvette - système d'avertissement			
• Si vous avez dû voyager <u>au moins 40 km</u> de votre domicile (aller simple) pour obtenir des soins médicaux, veuillez indiquer le nombre total de km parcourus	_____ km		
• Si vous avez dû voyager <u>au moins 80 km</u> de votre domicile (aller simple) pour obtenir des soins médicaux, veuillez également indiquer le nombre de repas consommés au restaurant	_____ repas		
Autres frais admissibles			
• Traitements de fertilité	_____ \$	_____ \$	_____ \$
• Primes versées à un régime privé d'assurance maladie, <u>si</u> non indiqué sur votre T4, case 85	_____ \$	_____ \$	_____ \$
• Primes versées à une assurance médicale privée (ou pour une assurance médicale de voyage) qui n'est pas une assurance collective payée par l'employeur	_____ \$	_____ \$	_____ \$
• Autres (veuillez préciser)	_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____	_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____	_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____	_____ \$	_____ \$	_____ \$

Signature

Date (JJ/MM/AAAA)