

Assurance-médicaments pour 2017

NOM MONSIEUR : _____

NOM MADAME : _____

Je suis assuré (e) (ou nous sommes assurés) avec le gouvernement pour :

-Toute l'année

Anal -Une partie de l'année

-Inscrire les mois couverts : Janvier Mai Septembre
Février Juin Octobre
Mars Juillet Novembre
Avril Août Décembre

OU

Je suis assuré (e) au privé (ou nous sommes assurés) pour :

-Toute l'année

-Une partie de l'année

-Inscrire les mois couverts : Janvier Mai Septembre
Février Juin Octobre
Mars Juillet Novembre
Avril Août Décembre

Signature : _____

IMPORTANT : NE PAS JOINDRE LES FACTURES NI LES REÇUS

FRAIS MÉDICAUX 2017

(Veuillez compléter une feuille par couple en incluant les enfants mineurs)

Frais	Montant admissible Fédéral \$	Montant admissible Provincial \$
<i>(La liste est informative et non exhaustive. Mettre tout ajout en bas de la page)</i>		
Médicaments sur ordonnances (prescriptions en pharmacies)	_____	_____
Primes versées à un régime privé d'ass.-maladie (autre que sur T4/Relevé 1)	_____	_____
Montant non remboursé d'un régime privé d'ass.-maladie	_____	_____
Acupuncteurs	_____	_____
Analyse de laboratoire et examen radiologique (si prescrit par un praticien)	_____	_____
Audiologistes	_____	_____
Blanchiment des dents	non-admissible	non-admissible
Couches et sous-vêtements jetables pour problèmes d'incontinence	_____	_____
Chiropraticiens	_____	_____
Chirurgie	_____	_____
Chirurgie au laser pour les yeux	_____	_____
Chirurgies purement esthétiques	non-admissible	non-admissible
Dentistes	_____	_____
Diététistes	_____	_____
Équipements médicaux prescrits par un médecin (ex. fauteuil roulant)	_____	_____
Ergothérapeutes	_____	_____
Examens de la vue (optométriste)	_____	_____
Fécondation in vitro	_____	oui (sous conditions)
Frais de déplacement (rarement admissibles) voir guide des frais médicaux	_____	_____
Frais de repas (rarement admissibles)	_____	_____
Frais de dossier ou d'examen payé à un médecin	_____	_____
Homéopathes	non-admissible	_____
Hôpital	_____	_____
Hygiénistes dentaires	_____	_____
Infirmiers	_____	_____
Inhalothérapeutes	_____	_____
Kinésiologues	non-admissible	non-admissible
Kinésithérapeutes	oui (sous conditions)	non-admissible
Lentilles de contact	_____	_____
Lunettes prescrites (max. de 200\$ pour la monture au Québec)	_____	_____
Massothérapeutes	non-admissible	non-admissible
Naturopathes	non-admissible	_____
Orthophonistes	_____	_____
Orthothérapeutes	non-admissible	non-admissible
Ostéopathes	non-admissible	_____
Physiothérapeutes	_____	_____
Phytothérapeutes	non-admissible	_____
Podiatres	_____	_____
Psychologues	_____	_____
Sages-femmes	_____	_____
Transport par ambulance	_____	_____
Traitement de sclérothérapie (varices) (si prescrit par un médecin)	_____	_____
Assurance-voyage pour frais médicaux	_____	_____
Tous les autres frais médicaux que vous jugez admissibles	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Total :	_____	_____

*Veuillez indiquer les montants que vous avez payés (après le remboursement des assurances s'il y a lieu)

**Veuillez inscrire le total des frais médicaux non remboursés sans tenir compte de la cotisation au gouvernement du Québec ni de tout montant d'assurance médicaments inscrit sur le T4 ou le Relevé 1.