

FRAIS MÉDICAUX

Avant de remplir ce document, lisez la note 1 au verso de ce document. *Pour plus de détails, consultez notre site web.*

VOUS POUVEZ REMPLIR UN DOCUMENT PAR FAMILLE

Nom _____ Prénom _____ Année : _____

N'oubliez pas d'inscrire uniquement la partie que vous avez réellement payée, c'est-à-dire la partie soustraite de tout remboursement de vos assurances y compris celle de la R.A.M.Q.

Si la période de référence n'est pas l'année civile, indiquez alors la période : du _____ au _____ *note 2 au verso*

DESCRIPTION

MONTANT

Médicaments sur prescription (demandez le sommaire à votre pharmacien)	_____
Frais payés à un dentiste (le blanchiment des dents n'est pas admissible)	_____
Prothèse dentaire	_____
Orthodontiste	_____
Optométriste : inscrivez séparément	_____
examen de la vue	_____
prescription	_____
monture	_____
Correction au laser pour le traitement de la myopie	_____
Chiropraticien	_____
Ostéopathe	_____ non admissible au fédéral
Naturopathe, homéopathe (<i>les produits naturels ne sont pas déductibles</i>)	_____ non admissible au fédéral
Chaussures orthopédiques	_____
Regroupez : (acupuncteurs, ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeute audiologistes, psychologues, podiatres, thérapeutes conjugaux)	_____
Professionnels non-inscrits sur cette liste : précisez : _____	_____
Autres frais : Précisez : _____	_____

Frais de déplacement ou traitement de l'infertilité (voir note 3 et 4 au verso et remplir le document approprié)

Si l'espace est insuffisant, joignez-y une annexe.

Réservé à Impôt Direct : Total au provincial _____ Total au fédéral _____

Non admissible : massothérapeute / kinésithérapeute / kinothérapeute / orthopédagogue / orthothérapeute / produits naturels / médicaments en vente libre / la chirurgie esthétique / l'épilation au laser

Signature _____ Date : _____

Je certifie que les informations fournies ci-dessus sont exactes et complètes et qu'elles révèlent la totalité des frais médicaux admissibles que j'ai payés. **J'ai soustrait de ces montants tous remboursements de la RAMQ ou d'une assurance s'il y a lieu.** Je dégage Impôt-Direct (2001) Inc. de toute responsabilité advenant une vérification des autorités fiscales et que des honoraires pourraient m'être chargé advenant le cas.

Note 1

La partie admissible de tous les frais médicaux ou de traitement de spécialiste doit être réduite de ce que votre compagnie d'assurance vous a remboursé ou devrait vous rembourser. C'est votre responsabilité de n'inscrire que la partie que vous avez réellement payée, déduisant ainsi tout montant déjà remboursé ou à venir par l'assurance. Vos relevés d'assurance vous seront très utiles dans ce calcul. Conservez-les en preuve.

Note 2

Il est important de savoir que les frais admissibles doivent être des frais payés sur une période de 12 mois se terminant dans la dernière année. À titre d'exemple, vous pourriez avoir engagé une dépense importante en octobre de l'an passé et une autre en février de cette année. Dans ce cas-ci, il serait possible et probablement beaucoup plus avantageux, de regrouper ces frais étant donné qu'ils ont été payés à l'intérieur d'une période de 12 mois. Ils seront alors déductibles dans l'année où la période de 12 mois se termine, c'est-à-dire cette année.

Note 3

Frais de déplacement

Si vous avez dû vous déplacer pour obtenir des soins médicaux qui ne se donnaient pas dans votre région (dans **un rayon de 40 kilomètres**), vous pouvez demander des frais de transport si vous les avez payés à une entreprise qui exploite une entreprise de transport. Cependant, **si aucune entreprise de transport n'est disponible** dans votre région, vous pouvez alors demander en frais médicaux un montant représentant le total de vos kilométrages par le taux prescrit au kilomètre cette année-là pour tout déplacement de plus de 40 km aller simple. **Notez que les déplacements de moins de 80 kms sont plus souvent vérifiés par le gouvernement.**

Si vous devez voyager plus de 80 kilomètres (aller simple) pour obtenir des soins médicaux, en plus des frais de transport, vous pouvez demander les frais de stationnement et le coût de vos repas. Vous pouvez déduire un montant fixe de 17 \$ par repas, jusqu'à concurrence de 51 \$ par jour et par personne, sans soumettre de reçus pour vos repas. **Pour pouvoir demander des frais de déplacement ou de repas, vous devez avoir un document signé par votre médecin attestant le nombre de fois ainsi que les dates que vous vous êtes déplacé pour obtenir des soins médicaux. Joignez-le-nous avec le détail de vos frais de déplacement.**

Note 4

Traitement de l'infertilité

Québec accorde un crédit d'impôt remboursable à un taux variable entre 20 % et 80 % (dépendant de votre revenu) pour des frais admissibles que vous avez payés cette année pour un traitement de fécondation in vitro qui vous permet ou permet à votre conjoint d'avoir un enfant. Le plafond annuel des dépenses est de 20 000 \$. De plus, ni vous ni votre conjoint ne devez avoir d'enfant avant le début du traitement. (Certaines autres restrictions s'appliquent).

Les dépenses admissibles incluent, entre autres, des montants payés à un médecin ou à un centre hospitalier privé ainsi que ceux payés pour des médicaments enregistrés par un pharmacien, dans la mesure où ces frais n'ont pas été remboursés ou ne peuvent pas l'être soit par la RAMQ ou par un régime d'assurance. Certaines restrictions s'appliquent aux frais payés à l'égard d'un traitement de fécondation in vitro.

Au fédéral, les dépenses relatives à un traitement pour l'infertilité peuvent donner droit à un crédit pour frais médicaux.

FRAIS DE DÉPLACEMENT ADMISSIBLES EN FRAIS MÉDICAUX ET TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ

Nom _____ Prénom _____ Année : _____

*Si l'espace est insuffisant, inclure ces informations sur une autre feuille.***SECTION 1** **FRAIS DE DÉPLACEMENT (+ de 40 kilomètres *)**

Date	Nom de l'hôpital ou de la clinique et l'adresse	Nombre de Déplacement	Km Aller simple
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

** Si votre déplacement se situait entre 40 km et 80 km, nous vous contacterons.***SECTION 2** **FRAIS RELIÉS AU TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ**

	Date	Montant
Frais payés pour un des traitements de fécondation in vitro donnés par un médecin	_____	_____
Frais payés pour une évaluation (ex. : par un membre de l'ordre des psychologues)	_____	_____
Coût des médicaments enregistrés par un pharmacien	_____	_____
Autres frais : Précisez : _____	_____	_____

Frais de déplacement : **remplissez la section 1***Si l'espace est insuffisant, utilisez une autre feuille.*

Signature _____

Date : _____