

FRAIS MÉDICAUX

Avant de remplir ce document, lisez la NOTE 1 au verso de ce document.

VOUS POUVEZ REMPLIR UN DOCUMENT PAR FAMILLE (enfants mineurs seulement)

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 (<u>demandez la liste détaillée à votre pharmacien</u>)	_____	
Frais payés à un dentiste (<u>le blanchiment des dents n'est pas admissible</u>)	_____	
Prothèse dentaire	_____	
Orthodontiste	_____	
Optométriste : examen de la vue et prescription	_____	
montures : inscrivez le montant payé par monture individuellement :		<i>limité à 200 \$ par</i>
Nom : _____ montant : _____ Nom : _____ montant : _____		<i>** personne au prov.</i>
Correction au laser pour le traitement de la myopie	_____	
Frais d'examen médical versés à une clinique privée	_____	
Chiropraticien	_____	
Ostéopathe, naturopathe, homéopathe (<i>sauf produits naturels</i>)	_____	non admissible au fédéral
Chaussures orthopédiques	_____	
Regroupez : (acupuncteurs, ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeute audiologiste, psychologues, podiatres : <i>professionnel qui soigne les maux de pieds.</i>)	_____	**
Professionnels non inscrits sur cette liste : précisez : _____	_____	**
Autres frais : Précisez : _____	_____	**

Frais de déplacement (**voir note 3 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 / podologue : (personne qui donne des soins des pieds) / produits naturels / médicaments en vente libre / la chirurgie esthétique / l'épilation au laser / frais payés pour être membre d'une COOP (cette liste des exclusions n'est évidemment pas complète)

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., ses préparateurs et ses employés 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 de 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 kilomètres 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 23 \$ par repas (à compter de l'année fiscale 2020), jusqu'à concurrence de 69 \$ 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 ce document avec le détail de vos frais de déplacement.

Si vous avez dû vous déplacer à **plus de 200 kilomètres** pour obtenir des soins qui ne sont pas dispensés dans votre région, vous avez le droit de déduire, en plus des frais de déplacements et de repas, des frais d'hébergement. Contactez-nous si vous êtes dans cette situation.

FRAIS DE DÉPLACEMENT ADMISSIBLES EN FRAIS MÉDICAUX

Lisez la note 3 au verso du formulaire des frais médicaux pour tous les détails. N'oubliez pas de fournir avec ce formulaire un document attestant la date des rendez-vous et/ou le nombre de rendez-vous par établissement. Ce document devra être signé par l'établissement concerné ou par le médecin traitant.

Nom _____ Prénom _____ Année : _____

SECTION 1 FRAIS DE DÉPLACEMENT (+ de 40 kilomètres, mais – de 80 kms)

Nom de l'établissement	A	B	A (X2) X B	Total
	km aller simple	Nombre de Déplacement	Total en kilomètre	
_____	_____	_____	_____ X 0.52 \$	_____ 1
_____	_____	_____	_____ X 0.52 \$	_____ 2

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

Taux au km pour 2020 : 0.52 \$

SECTION 2 FRAIS DE DÉPLACEMENT (+ de 80 kilomètres)

Nom de l'établissement	A	B	A (X2) X B	Total
	km aller simple	Nombre de Déplacement	Total en kilomètre	
_____	_____	_____	_____ X 0.52 \$	_____ 3
_____	_____	_____	_____ X 0.52 \$	_____ 4

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

Taux au km pour 2020 : 0.52 \$

Stationnements (vous devez avoir et conserver vos reçus) montant total : _____ 5

Nombre de repas (habituellement un par déplacement) : _____ X 23.00 \$ chacun _____ 6

Total des frais de déplacement admissible en frais médicaux (total des lignes 1 à 6) : _____

Signature _____

Date : _____

Je certifie que les informations fournies ci-dessus sont exactes et complètes et qu'elles révèlent la totalité des déplacements que j'ai dû effectuer pour obtenir des soins médicaux.