

Votre nom : _____

Professionnels de la santé autorisés * <small>* Inscrive UNIQUEMENT la partie des frais qui n'ont pas été remboursés par une assurance.</small>	Montant total des frais	Ordonnance requise?	Attestation par écrit requise?	Formulaire T2201 requis?
Acupuncteur				
Audiologiste (Québec seulement)				
Podologue	Non déductible			
Chiropraticien				
Criminologue (psychothérapie)				
Diététicien, diététiste				
Audioprothésiste				
Homéopathe (Québec seulement)				
Kinésiologue	Non déductible			
Thérapeute conjugal et familial				
Sage-femme				
Naturopathe (Québec seulement)				
Infirmier ou infirmière				
Ergothérapeute				
Soins de la vue par un Opticien / Optométriste				
- Examen de la vue ou autre				
- Frais de montures de lunette UNIQUEMENT (max. = 200\$/Qc seulement)		Oui		
- Frais pour les verres		Oui		
- Lentilles de contact		Oui		
- Autres appareils		Oui		
Ostéopathe (Québec seulement)				
Pharmacien				
Médecin				
Physiothérapeute				
Phytothérapeute (Québec seulement)				
Podiatre				
Technologue professionnel en orthèses/prothèses Psychoéducateur				
Psychologue				
Massothérapeute	Non déductible			
Nutritionniste autorisé				
Psychothérapeute autorisé (Québec seulement) Inhalothérapeute				
Sexologue				
Travailleur social				
Frais dentaires				
Orthophoniste				
Chirurgien				
Médecine chinoise	Non déductible			
Conseiller d'orientation (psychothérapie)				
Prescriptions ou médicaments		Oui		
Produits alimentaires sans gluten (maladie coeliaque) Laboratoire, procédures ou service			Oui	
Laboratoire, procédures ou service		Oui		
Frais d'examens médicaux		Oui		
Vaccins		Oui		
Autres : Spécifiez :				
GRAND TOTAL:				
Frais de préposé aux soins	N/A		T2201 ou attestation écrite	T2201 ou attestation écrite
Frais d'hébergement dans un CHSLD dus à une invalidité	N/A		T2201 ou attestation écrite	T2201 ou attestation écrite