



Vous n'avez pas à remplir cette annexe ni à payer de cotisation si vous étiez en 2020 dans l'une des situations mentionnées ci-après. Vous devez cependant inscrire le numéro correspondant à votre situation à la case 449 de votre déclaration. Si vous choisissez de payer la cotisation de votre conjoint, remplissez cette annexe.

Vous étiez couvert pendant toute l'année par une assurance médicaments de base offerte par un régime d'assurance collective (voyez le guide à la ligne 447)

- auquel vous aviez adhéré; 14
- auquel votre conjoint, votre père ou votre mère avait adhéré. 16

Vous avez reçu pendant toute l'année des prestations d'assistance sociale (y compris les prestations du Programme objectif emploi). 18

Votre conjoint fournit les renseignements vous concernant à la section 2 de la partie B de son annexe K et il choisit de payer, s'il y a lieu, votre cotisation. 20

Vous étiez pendant toute l'année

- dans la situation décrite à la ligne 53 ci-dessous; 22
- dans la situation décrite à la ligne 55 ci-dessous; 24
- dans la situation décrite à la ligne 56 ci-dessous. 26

Vous êtes né avant le 1^{er} janvier 1955, vous n'aviez pas de conjoint en 2020, et le versement net des suppléments fédéraux inscrit à la ligne 148 de votre déclaration dépasse 10 447 \$¹. 27

Vous êtes né avant le 1^{er} janvier 1955, vous aviez un conjoint pendant toute l'année, votre conjoint est né avant le 1^{er} janvier 1955, et le versement net des suppléments fédéraux inscrit à la ligne 148 de votre déclaration dépasse 6 261 \$¹. 28

Vous êtes né avant le 1^{er} janvier 1955, vous aviez un conjoint pendant toute l'année,

- votre conjoint est né avant le 1^{er} janvier 1960, mais après le 31 décembre 1955, et le versement net des suppléments fédéraux inscrit à la ligne 148 de votre déclaration dépasse 5 778 \$¹; 29

- votre conjoint est né après le 31 décembre 1960, et le versement net des suppléments fédéraux inscrit à la ligne 148 de votre déclaration dépasse 9 751 \$¹. 31

Vous n'aviez pas de conjoint au 31 décembre 2020, et le montant de la ligne 275 de votre déclaration ne dépasse pas 16 660 \$. 32

Vous êtes né avant le 1^{er} janvier 1955 et vous remplissez les conditions mentionnées à la situation 33 de la ligne 447 du guide. 33

Vous aviez un conjoint au 31 décembre 2020, et le total des montants de la ligne 275 de votre déclaration et de celle de votre conjoint ne dépasse pas 27 010 \$. 34

Vous êtes né en 1955 et vous remplissez les conditions mentionnées à la situation 35 de la ligne 447 du guide. 35

1. De plus, le total des sommes que vous avez reçues chaque mois à titre de supplément de revenu garanti (SRG) représente au moins 94 % du montant annuel maximal calculé sans la bonification.

A Revenu servant à calculer la cotisation

Montant de la ligne 275 de votre déclaration	+	36	
Montant de la ligne 275 de la déclaration de votre conjoint au 31 décembre 2020	+	37	
Additionnez les montants des lignes 36 et 37.	=	40	
Si vous aviez un conjoint au 31 décembre, inscrivez 27 010 \$; sinon inscrivez 16 660 \$.	41		
Si vous aviez un conjoint au 31 décembre 2020 et que vous aviez un enfant à charge (voyez la définition dans le guide, à la ligne 447), inscrivez 3 530 \$. Si vous aviez plus d'un enfant à charge, inscrivez 6 790 \$.	+	42	
Si vous n'aviez pas de conjoint au 31 décembre 2020 et que vous aviez un enfant à charge (voyez la définition dans le guide, à la ligne 447), inscrivez 10 350 \$. Si vous aviez plus d'un enfant à charge, inscrivez 13 880 \$.	+	44	
Montant de la ligne 41 plus, s'il y a lieu, celui de la ligne 42 ou 44	=	46	
Montant de la ligne 40 moins celui de la ligne 46. Si le résultat est négatif, inscrivez 0. Dans ce cas, vous n'avez pas à payer de cotisation.	-	48	
Revenu servant à calculer la cotisation		=	48

B Nombre de mois pour lesquels vous ne devez pas payer de cotisation

1	Vous	<p>En 2020, étiez-vous dans l'une ou plusieurs des situations suivantes ?</p> <p>Si oui, cochez la ou les cases appropriées et le ou les mois pendant lesquels vous avez été, au moins une journée, dans cette ou ces situations. Veuillez ne pas cocher un même mois plus d'une fois.</p>		
		Vous étiez couvert par une assurance médicaments de base offerte par un régime d'assurance collective (voyez le guide à la ligne 447) auquel vous, votre conjoint, votre père ou votre mère aviez adhéré, et ce régime couvrait le coût des médicaments.	Oui	
		Vous déteniez un carnet de réclamation valide délivré par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.	50	<input type="checkbox"/> Janvier
		Vous receviez des prestations d'assistance sociale (y compris les prestations du Programme objectif emploi).	51	<input type="checkbox"/> Février
		Vous aviez moins de 18 ans et n'étiez pas marié.	52	<input type="checkbox"/> Mars
		Vous aviez 18 ans ou plus mais moins de 26 ans, vous fréquentiez à temps plein un établissement d'enseignement et, à ce moment, vous n'aviez pas de conjoint. Consultez le guide à la ligne 447.	53	<input type="checkbox"/> Avril
		Vous étiez un Indien inscrit au registre de Services aux Autochtones Canada (SAC) ou un Inuit reconnu par ce ministère.	54	<input type="checkbox"/> Mai
		Vous étiez bénéficiaire de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois ou de la Convention du Nord-Est québécois.	55	<input type="checkbox"/> Juin
		Vous étiez dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.	56	<input type="checkbox"/> Juillet
		Vous aviez une déficience fonctionnelle survenue avant vos 18 ans. Consultez le guide à la ligne 447.	57	<input type="checkbox"/> Août
		Vous étiez dans l'une des situations mentionnées dans le guide à la ligne 447, partie « Autres situations ».	58	<input type="checkbox"/> Septembre
			59	<input type="checkbox"/> Octobre
				<input type="checkbox"/> Novembre
				<input type="checkbox"/> Décembre
		Nombre de mois cochés de janvier à juin	60	
		Nombre de mois cochés de juillet à décembre	61	
		Additionnez les nombres des cases 60 et 61.	=	62

Remplissez la section 2 (à la page suivante) si vous choisissez de payer la cotisation de votre conjoint.

Voyez la suite à la page suivante.



I0K1 ZZ 73487549



2
Votre
conjoint

En 2020, votre conjoint au 31 décembre était-il dans l'une ou plusieurs des situations suivantes ?

Si **oui**, cochez la ou les cases appropriées et le ou les mois pendant lesquels il a été, au moins une journée, dans cette ou ces situations. Veuillez ne pas cocher un même mois plus d'une fois.

Si oui, cochez les mois visés.

- Il était couvert par une assurance médicaments de base offerte par un régime d'assurance collective (voyez le guide à la ligne 447) auquel lui, vous, son père ou sa mère aviez adhéré, et ce régime couvrait le coût des médicaments.
- Il détenait un carnet de réclamation valide délivré par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
- Il recevait des prestations d'assistance sociale (y compris les prestations du Programme objectif emploi).
- Il avait moins de 18 ans et n'était pas marié.
- Il avait 18 ans ou plus mais moins de 26 ans, il fréquentait à temps plein un établissement d'enseignement et, à ce moment, il n'avait pas de conjoint. Consultez le guide à la ligne 447.
- Il était un Indien inscrit au registre de SAC ou un Inuit reconnu par ce ministère.
- Il était bénéficiaire de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois ou de la Convention du Nord-Est québécois.
- Il était dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- Il avait une déficience fonctionnelle survenue **avant ses 18 ans**. Consultez le guide à la ligne 447.
- Il était dans l'une des situations mentionnées dans le guide à la ligne 447, partie « Autres situations ».

Oui

64	<input type="checkbox"/>
65	<input type="checkbox"/>
66	<input type="checkbox"/>
67	<input type="checkbox"/>
68	<input type="checkbox"/>
69	<input type="checkbox"/>
70	<input type="checkbox"/>
71	<input type="checkbox"/>
72	<input type="checkbox"/>
73	<input type="checkbox"/>

- Janvier
- Février
- Mars
- Avril
- Mai
- Juin
- Juillet
- Août
- Septembre
- Octobre
- Novembre
- Décembre

Nombre de mois cochés de **janvier à juin** + Nombre de mois cochés de **juillet à décembre** = Additionnez les nombres des cases 74 et 75.

C Cotisation au régime d'assurance médicaments du Québec

Si le revenu servant à calculer la cotisation inscrit à la ligne 48

- **ne dépasse pas 5 000 \$**, remplissez uniquement la **colonne A** du tableau représentant votre situation;
- **dépasse 5 000 \$ mais ne dépasse pas 14 601 \$**, remplissez uniquement la **colonne B** du tableau représentant votre situation;
- **dépasse 14 601 \$**, inscrivez **648 \$** à la ligne 84.

	Particulier sans conjoint au 31 décembre		Particulier avec conjoint au 31 décembre	
	A	B	A	B
Montant de la ligne 48. Voyez les instructions ci-dessus.	77			
-	78	0 000 00	5 000 00	
Montant de la ligne 77 moins celui de la ligne 78	= 79			
×	80	6,65 %	9,99 %	
Montant de la ligne 79 multiplié par le pourcentage de la ligne 80	= 81			
Additionnez les montants des lignes 81 et 82 (maximum : 648 \$).	+ 82	000 00	332 50	
	= 83			

Montant de la ligne 83 de la colonne **A** ou **B**, selon le cas

Montant de la ligne 84 × Nombre de mois inscrit à la case 62 ÷ 12

Montant de la ligne 84 moins celui de la ligne 85 =

Nombre de mois inscrit à la case 60 × 53,00 \$

Nombre de mois inscrit à la case 61 × 54,00 \$ +

Additionnez les résultats. =

Montant de la ligne 87 moins celui de la ligne 88 =

Inscrivez **le moins élevé** des montants des lignes 86 et 89.

Si vous choisissez de payer la cotisation de votre conjoint, remplissez les lignes 91 à 97.

Montant de la ligne 84

Montant de la ligne 91 × Nombre de mois inscrit à la case 76 ÷ 12

Montant de la ligne 91 moins celui de la ligne 92 =

Nombre de mois inscrit à la case 74 × 53,00 \$

Nombre de mois inscrit à la case 75 × 54,00 \$ +

Additionnez les résultats. =

Montant de la ligne 94 moins celui de la ligne 95 =

Inscrivez **le moins élevé** des montants des lignes 93 et 96. +

Additionnez les montants des lignes 90 et 97. =

Reportez le résultat à la ligne 447 de votre déclaration. **Cotisation au régime d'assurance médicaments du Québec**

Joignez une copie de cette annexe à votre déclaration.

