

Frais pour soins médicaux non dispensés dans votre région

Ce formulaire s'adresse à vous si vous voulez inscrire, à la ligne 378 de votre déclaration de revenus, un montant payé dans l'année pour obtenir, **à un endroit situé au Québec**, des soins médicaux non dispensés dans votre région. Vous devez joindre ce formulaire à votre déclaration de revenus.

Les frais donnant droit à un crédit d'impôt sont les suivants :

- les frais de **déplacement** et de **logement** payés pour la personne qui a reçu les soins;
- les frais de **déplacement** et de **logement** payés pour une personne qui accompagnait celle qui recevait les soins si cette dernière était âgée de moins de 18 ans dans l'année ou était incapable de voyager seule;
- les frais de **déménagement** payés pour aller habiter à un endroit situé au Québec, dans un rayon de 80 kilomètres d'un établissement de santé situé au Québec.

Notez que, si vous pouvez inclure ces frais dans les frais de déménagement à la ligne 228 de votre déclaration, ou dans les frais de voyage à la ligne 236, il peut être plus avantageux pour vous de les inscrire à ces lignes plutôt qu'à la ligne 378. Si tel est le cas, remplissez plutôt le formulaire *Frais de déménagement* (TP-348) ou le formulaire *Calcul de la déduction pour particulier habitant une région éloignée reconnue* (TP-350.1).

Vous pouvez inscrire un montant à titre de frais pour soins médicaux non dispensés dans votre région si les conditions suivantes sont remplies :

- les frais ont été raisonnables dans les circonstances;
- les frais ont été payés par vous, votre conjoint ou vos représentants légaux, au cours de l'année visée, **ou** ils ont été payés ou fournis par votre employeur ou par celui de votre conjoint (un montant est inclus à ce titre dans votre revenu de charge et d'emploi ou dans celui de votre conjoint [ligne 101 ou 105 de la déclaration de revenus]);
- les frais ont été payés en vue d'obtenir des soins médicaux pour vous, votre conjoint ou toute personne à votre charge pendant l'année pour laquelle les frais ont été engagés;
- des soins médicaux équivalents, ou presque, à ceux obtenus n'étaient pas dispensés au Québec
 - à moins de 200 kilomètres de la localité où habite la personne qui a reçu les soins, dans le cas de frais de déplacement ou de logement,
 - à moins de 200 kilomètres de la localité où se trouve votre ancienne résidence située au Québec, dans le cas de frais de déménagement.

Vous ne pouvez pas tenir compte dans ce formulaire des frais suivants :

- les frais de déplacement ou de logement payés pour obtenir des soins médicaux ou dentaires fournis à des fins purement esthétiques (ces frais ne donnent pas droit à un crédit d'impôt);
- les frais pour lesquels vous ou une autre personne inscrivez un montant à titre de frais médicaux dans votre déclaration pour l'année ou pour une année passée;
- les frais liés à un traitement de fécondation in vitro ou d'insémination artificielle
 - qui ont servi à calculer le crédit d'impôt pour traitement de l'infertilité (ligne 462 de la déclaration de revenus),
 - qui sont attribuables à une activité de fécondation in vitro dans le cadre de laquelle plus d'un embryon a été transféré, avant le 15 novembre 2021, sauf si, conformément à la décision d'un médecin, un maximum de deux embryons ont été transférés, dans le cas d'une femme âgée de 37 ans ou plus,
 - qui sont attribuables à une activité de fécondation in vitro dans le cadre de laquelle plus d'un embryon a été transféré, après le 14 novembre 2021, sauf si, conformément à la décision d'un médecin qui agit en conformité avec les lignes directrices en matière de procréation assistée élaborées par le Collège des médecins du Québec, un maximum de deux embryons ont été transférés,
 - qui sont attribuables à une activité pratiquée au Québec dans un centre de procréation assistée qui n'est pas titulaire d'un permis délivré conformément à la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée.

Ne joignez pas les reçus relatifs aux frais que vous déclarez. Vous devez cependant les conserver pour pouvoir nous les fournir sur demande.

Instructions

Si vous demandez un montant pour des frais de **déplacement** ou de **logement**, remplissez les **parties 1, 2 et 8** et faites remplir les **parties 3 et 4** par le médecin traitant de la personne qui a reçu les soins médicaux ou par une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé.

Si vous demandez un montant pour des frais de **déménagement**, remplissez les **parties 1, 2, 5 et 8** et faites remplir les **parties 6 et 7** par le médecin traitant de la personne qui a reçu les soins médicaux ou par une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé **et** par le directeur général d'un établissement de santé situé dans la région où se trouve votre ancienne résidence (ou une personne autorisée).

Année

.....

1 Renseignements sur le particulier qui demande le crédit d'impôt (écrivez en majuscules)

Nom de famille

.....

Prénom

.....

Numéro d'assurance sociale (NAS)

.....



13F2 ZZ 49517050

Formulaire prescrit

2 Renseignements sur la personne qui a reçu les soins médicaux

vous votre conjoint une autre personne (lien de parenté avec vous) : _____

S'il s'agit de votre conjoint ou d'une autre personne, fournissez les renseignements suivants.

Nom de famille _____ Prénom _____ Numéro d'assurance sociale _____

Adresse _____

Code postal _____ Date de naissance _____
A A A A M M J J

3 Attestation requise pour l'inscription de frais de déplacement ou de logement

Nature des soins médicaux qui ont été dispensés à la personne dont le nom figure à la **partie 2**

Dates auxquelles les soins médicaux ont été dispensés

Des soins médicaux équivalents, ou presque, étaient-ils dispensés au Québec aux mêmes dates, à moins de 200 kilomètres de la localité où habite la personne qui a reçu les soins? Oui Non

La personne qui a reçu les soins (si elle était âgée de 18 ans ou plus) était-elle capable de voyager seule afin de recevoir ces soins? Oui Non

Nom de l'établissement où les soins ont été dispensés _____

Adresse de l'établissement où les soins ont été dispensés _____ Code postal _____

4 Signature

J'atteste que tous les renseignements donnés à la **partie 3** sont exacts et complets.

Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée ou de l'infirmier praticien spécialisé (écrivez en majuscules) _____

Adresse _____ Code postal _____

Signature

Date

Ind. rég.

Téléphone



13F3 ZZ 49517051

5 Frais de déménagement

Note : Vous pouvez inscrire un certain montant pour des frais de repas et pour les frais d'utilisation d'un véhicule engagés à partir de l'endroit où le déplacement a commencé sans avoir à produire les reçus ni à les conserver. Pour connaître les montants alloués pour les repas et le taux fixé pour chaque kilomètre parcouru, visitez notre site Internet à revenuquebec.ca ou composez le 1 800 267-6299 (sans frais).

Date du déménagement

A	A	A	A	M	M	J	J		

Distance (en kilomètres) entre votre **ancienne** résidence et l'établissement de santé où les soins ont été dispensés

A*

Distance (en kilomètres) entre votre **nouvelle** résidence et l'établissement de santé où les soins ont été dispensés

B*

* **Si le nombre de kilomètres inscrit à la ligne A est inférieur à 200, ou si celui inscrit à la ligne B est supérieur à 80, les frais de déménagement que vous avez payés ne donnent pas droit à un crédit d'impôt. Vous devez calculer la distance en fonction des kilomètres normalement parcourus par le chemin public le plus court (y compris l'utilisation d'un traversier).**

Frais de transport et d'entreposage du mobilier

Nom du déménageur :

1		
---	--	--

	Nombre de personnes	Moyen de transport	Nombre de kilomètres
Frais de voyage relatifs au changement de résidence			

Frais de déplacement (voyez la note ci-dessus)

+ 2

Frais de logement

Nombre de nuitées

+ 3

Frais de repas (voyez la note ci-dessus)

Nombre de jours

+ 4

Frais de subsistance payés pour séjourner à proximité de votre nouvelle ou de votre ancienne résidence (pour une période ne dépassant pas 15 jours)

Frais de logement

Nombre de nuitées

+ 5

Frais de repas (voyez la note ci-dessus)

Nombre de jours

+ 6

Frais de résiliation du bail de votre ancienne résidence

+ 7

Frais accessoires consécutifs au déménagement (coût de la révision des documents juridiques pour tenir compte du changement d'adresse, coût du remplacement des permis de conduire et des certificats d'immatriculation ainsi que frais de branchement et de débranchement exigés par les services publics)

+ 8

Frais d'entretien (intérêts hypothécaires, impôts fonciers, primes d'assurance, chauffage et électricité) de votre ancienne résidence si elle est demeurée vacante et que des efforts sérieux ont été faits pour la vendre (**maximum : 5 000 \$**)

+ 9

	Prix de vente	Date de vente
Frais de vente de votre ancienne résidence		

Commission versée à l'agent immobilier

+ 10

Honoraires payés au notaire ou à l'avocat

+ 11

Frais de publicité

+ 12

Frais d'arpentage (bornage et certificat de localisation)

+ 13

Autres frais (précisez) :

+ 14

Frais d'acquisition de votre nouvelle résidence (seulement si vous ou votre conjoint avez vendu votre ancienne résidence à la suite du déménagement)

Prix d'achat

+ 15

Frais juridiques

+ 16

Droits de mutation

+ 17

Inscription des droits au Bureau de la publicité des droits

+ 17

Ajoutez les montants des lignes 1 à 17.

Reportez le résultat à la ligne 21.

Frais de déménagement =

18



6 Attestation requise pour l'inscription de frais de déménagement

Nature des soins médicaux qui ont été dispensés à la personne qui a reçu les soins

Des soins médicaux équivalents, ou presque, étaient-ils dispensés au Québec (à la date du déménagement)

à moins de 200 kilomètres de la localité où se trouve l'ancienne résidence de la personne dont le nom figure à la **partie 1**? Oui Non

Nom de l'établissement où les soins ont été dispensés

Adresse de l'établissement où les soins ont été dispensés

Code postal

7 Signature

J'atteste que tous les renseignements donnés à la **partie 6** sont exacts et complets et qu'il est raisonnable de s'attendre à ce que les soins soient dispensés pendant au moins six mois.

Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée ou de l'infirmier praticien spécialisé (écrivez en majuscules)

Adresse

Code postal

Signature du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée
ou de l'infirmier praticien spécialisé

Date

Ind. rég.

Téléphone

J'atteste que des soins équivalents, ou presque, à ceux décrits à la **partie 6** n'étaient pas dispensés au Québec (à la date du déménagement) à moins de 200 kilomètres de la localité où se trouve l'ancienne résidence de la personne dont le nom figure à la **partie 1**.

Nom du directeur général de l'établissement de santé ou de la personne autorisée à signer en son nom (écrivez en majuscules)

Adresse

Code postal

Signature

Titre

Date

Ind. rég.

Téléphone

8 Frais pour soins médicaux non dispensés dans votre région

Frais de déplacement et de repas (voyez la note à la partie 5)

19		
----	--	--

Frais de logement

+	20		
---	----	--	--

Frais de déménagement (montant de la ligne 18)

+	21		
---	----	--	--

Additionnez les montants des lignes 19 à 21.

=	22		
---	----	--	--

Total des frais pour lesquels vous ou votre conjoint avez obtenu ou pouvez obtenir un remboursement, sauf si ce remboursement a été inclus dans votre revenu ou dans celui de votre conjoint

-	23		
---	----	--	--

Montant de la ligne 22 moins celui de la ligne 23.

Reportez le résultat à la ligne 378 de votre déclaration de revenus.

--	--	--	--

Frais pour soins médicaux non dispensés dans votre région =

24		
----	--	--



13F5 ZZ 49517053