

**FORMULAIRE D'ÉTABLISSEMENT DU COÛT DE REVIENT PLUS POURCENTAGE**

Police collective n° \_\_\_\_\_ Certificat n° \_\_\_\_\_

Assuré : \_\_\_\_\_

**NOTA : Un calcul distinct doit être effectué pour chaque personne assurée.**

**Montant réclamé - AMC** \_\_\_\_\_

**DENTAIRE** \_\_\_\_\_

**Montant total réclamé** (1) \_\_\_\_\_

**Frais d'administration** (2) \_\_\_\_\_  
 10 % du montant réclamé (1)  
 sujet à un minimum de 25 \$  
 et à un maximum de 150 \$

**SOUS-TOTAL** (3) \_\_\_\_\_  
 ((1) + (2))

**Taxe sur la prime** (4) \_\_\_\_\_  
 (Ontario - 2 % de la ligne 3,  
 Québec - 3,48 % de la ligne 3)

**SOUS-TOTAL** (5) \_\_\_\_\_  
 ((3) + (4))

**Taxe de vente** (6) \_\_\_\_\_  
 (Ontario - 8 % de la ligne 3,  
 Québec - 9 % de la ligne 5)

**TOTAL** (7) \_\_\_\_\_  
 ((5) + (6))

**PAIEMENT TOTAL EN VERTU DU  
 COÛT DE REVIENT PLUS POURCENTAGE : (8)** \_\_\_\_\_

Ci-inclus, un chèque au montant indiqué à la ligne (8) du présent formulaire ainsi que les reçus originaux pour le montant réclamé. Si plusieurs reçus sont soumis aux fins de remboursement, veuillez soumettre une liste détaillée des réclamations.

Nota : Il est de la responsabilité de l'employeur de s'assurer que :

- (1) les réclamations en vertu du Coût de revient plus pourcentage soient admissibles comme frais médicaux en vertu de la loi de l'impôt sur le revenu.
- (2) toutes les personnes à charge se conforment à la définition de personne à charge admissible en vertu de la loi sur l'impôt sur le revenu.
- (3) les réclamations en vertu de Coût de revient plus pourcentage n'aient pas été préalablement remboursées ou soumises comme frais déductibles.