

**MARCHE À SUIVRE****IMPORTANT**

Afin que nous puissions donner suite à votre demande, vous devez remplir le présent formulaire et **signer les sections Mandat (ci-dessous) et Signature et autorisation (au verso)** pour nous permettre de soumettre, au nom de la personne assurée, à la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie), toute demande de prestations payable par cet organisme.

Note : La Régie ne retourne pas les originaux des comptes, factures ou reçus. Veuillez en conserver une copie.

Expédier à : Prestations Assurance voyage
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

MANDAT

JE, SOUSSIGNÉ(E), _____, mandate spécifiquement
(en lettres moulées)

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie située au 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 aux fins de :

1. Soumettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie), conformément aux lois et aux règlements appliqués par la Régie, mes réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que j'ai reçus et que mon conjoint et mes enfants ont reçus (assurance familiale) à _____ lors de mon séjour du _____ au _____.
(date) (date)
(ville, pays)

Cette partie doit être complétée si d'autres membres de la famille ont consulté durant le voyage.

Assurance familiale : Pour les fins de l'assurance familiale, ce mandat se limite, outre moi-même, à mon conjoint et mes enfants seulement, ici identifiés :

Conjoint : _____ NAM : _____
Enfant : _____ NAM : _____
Enfant : _____ NAM : _____

2. Fournir à la Régie et recevoir de celle-ci tous les renseignements, documents ou autres pièces requis et nécessaires pour l'appréciation, l'évaluation et le paiement de ces réclamations.
3. Recevoir de la Régie les remboursements effectués et payables à mon ordre ou à l'ordre de mon conjoint ou de mes enfants (assurance familiale).

J'AUTORISE la Régie à accepter les réclamations ainsi soumises et à donner suite à ce mandat, tel qu'il est rédigé, ainsi qu'à transmettre à la compagnie, sur demande, tout renseignement concernant mon statut de la personne assurée ou celui de mon conjoint ou de mes enfants.

NOTE : La Régie exige également une signature au verso pour traiter la présente demande.

Signature de la personne assurée

Numéro d'assurance maladie

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE

IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE - Le bénéficiaire est la personne qui a reçu les soins.

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		NOM DE FAMILLE		NOM DE FAMILLE (INSCRIT SUR LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE)					
LETTRES		CHIFFRES		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE		SEXE	
						ANNÉE MOIS JOUR		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

1 **ADRESSE DU DOMICILE AU QUÉBEC**

N° RUE APP. VILLE

PROVINCE CODE POSTAL TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉG. TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. RÉG.

2 **ADRESSE DE CORRESPONDANCE OU DE PAIEMENT, SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE 1**

N° RUE APP. VILLE

PROVINCE OU ÉTAT ET PAYS CODE POSTAL TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉG. TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. RÉG.

OÙ DÉSIREZ-VOUS RECEVOIR VOTRE REMBOURSEMENT? ADRESSE 1 ADRESSE 2

OÙ PEUT-ON ENVOYER DES DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS? ADRESSE 1 ADRESSE 2

SÉJOURS À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

Séjour au cours duquel vous avez reçu les services de santé

Date de départ du Québec Année Mois Jour Date de retour au Québec Année Mois Jour RÉELLE PRÉVUE

RAISON DU SÉJOUR (COCHEZ UNE SEULE CASE)

Vacances ou séjour saisonnier

Travail Nom de l'employeur :

Études Joignez, si vous ne l'avez pas déjà fait, une attestation écrite de l'établissement d'enseignement fréquenté, précisant les dates de début et de fin de vos cours.

Réception de soins qui ne se donnent pas au Québec Numéro d'autorisation de la Régie

Déménagement permanent Au Canada Date du déménagement Année Mois Jour À l'extérieur du Canada

Précisez

Autre

1^{ER} SÉJOUR

Date de départ Date de retour

Année Mois Jour Année Mois Jour

2^È SÉJOUR

Date de départ Date de retour

Année Mois Jour Année Mois Jour

3^È SÉJOUR

Date de départ Date de retour

Année Mois Jour Année Mois Jour

Si vous avez fait d'autres séjours de plus de 21 jours consécutifs au cours de l'année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre), précisez :

SERVICES DE SANTÉ REÇUS

Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu ces services de santé

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT, INDIQUEZ-EN LE TYPE D'automobile De travail Autre (précisez) Date de l'accident Année Mois Jour

Décrivez les services reçus (ex. : examens, radiographies, chirurgie, etc.). Si l'espace est insuffisant, continuez sur une autre feuille.

LIEU OÙ VOUS AVEZ REÇU CES SERVICES VILLE PROVINCE (Canada) ou ÉTAT (États-Unis) PAYS

S'il y a lieu, indiquez le nombre de jours d'hospitalisation :

REMBOURSEMENT

Montant demandé Dollars canadiens Autre devise PRÉCISEZ : Avez-vous payé les comptes? Non Oui Paiement Total Paiement Partiel MONTANT PAYÉ (fournir l'original de vos reçus)

SIGNATURE ET AUTORISATION

Je déclare par la présente sachant que cette déclaration a la même valeur que si elle était faite sous serment et en vertu de la Loi sur la preuve au Canada que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie) à obtenir du professionnel de la santé ou de l'établissement tous les détails supplémentaires dont elle pourrait avoir besoin.

En outre, dans le but de simplifier le traitement de ma demande s'il s'agit d'une réclamation à la suite d'un accident d'automobile, j'autorise la Régie à communiquer à la S.A.A.Q. une copie des documents que je lui aurai transmis ou qu'elle m'aura transmis.

NOM DU SIGNATAIRE DU FORMULAIRE S'IL N'EST PAS LE BÉNÉFICIAIRE LIEN AVEC LE BÉNÉFICIAIRE (PÈRE, MÈRE, CONJOINT, TUTEUR, ETC.)

SIGNATURE ANNÉE MOIS JOUR