

**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 soumissionnées 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

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		ANNÉE		MOIS	
				JOUR	
				SEXE	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

1	ADRESSE DU DOMICILE AU QUÉBEC		APP.		VILLE		
	N° RUE						
PROVINCE		CODE POSTAL		TÉLÉPHONE AU DOMICILE		TÉLÉPHONE AU TRAVAIL	
				IND. RÉG.		IND. RÉG.	

2	ADRESSE DE CORRESPONDANCE OU DE PAIEMENT, SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE 1		APP.		VILLE		
	N° RUE						
PROVINCE OU ÉTAT ET PAYS		CODE POSTAL		TÉLÉPHONE AU DOMICILE		TÉLÉPHONE AU TRAVAIL	
				IND. RÉG.		IND. RÉG.	

OÙ DÉSIREZ-VOUS RECEVOIR VOTRE REMBOURSEMENT?		<input type="checkbox"/> ADRESSE 1		<input type="checkbox"/> ADRESSE 2		OÙ PEUT-ON ENVOYER DES DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS?		<input type="checkbox"/> ADRESSE 1		<input type="checkbox"/> ADRESSE 2	
---	--	------------------------------------	--	------------------------------------	--	--	--	------------------------------------	--	------------------------------------	--

SÉJOURS À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

Séjour au cours duquel vous avez reçu les services de santé						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 :					
Date de départ du Québec			Date de retour au Québec								
Année			Année			<input type="checkbox"/> RÉELLE <input type="checkbox"/> PRÉVUE					
Mois			Mois								
Jour			Jour								
RAISON DU SÉJOUR (COCHEZ UNE SEULE CASE)						1 ^{ER} SÉJOUR					
<input type="checkbox"/> Vacances ou séjour saisonnier						Date de départ			Date de retour		
Nom de l'employeur :						Année			Année		
<input type="checkbox"/> Travail						Mois			Mois		
<input type="checkbox"/> Études						Jour			Jour		
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.						2 ^È SÉJOUR					
<input type="checkbox"/> Réception de soins qui ne se donnent pas au Québec						Date de départ			Date de retour		
Numéro d'autorisation de la Régie						Année			Année		
<input type="checkbox"/> Déménagement permanent						Mois			Mois		
<input type="checkbox"/> Au Canada						Jour			Jour		
<input type="checkbox"/> À l'extérieur du Canada						3 ^È SÉJOUR					
Date du déménagement						Date de départ			Date de retour		
Année						Année			Année		
Mois						Mois			Mois		
Jour						Jour			Jour		
Précisez											
<input type="checkbox"/> Autre											

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											
<input type="checkbox"/> D'automobile <input type="checkbox"/> De travail <input type="checkbox"/> 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?		MONTANT PAYÉ	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		(fournir l'original de vos reçus)	
								<input type="checkbox"/> Paiement Total <input type="checkbox"/> Paiement Partiel			

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