

**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 (RAMQ), toute demande de prestations payable par cet organisme.

Note : La RAMQ 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), _____ (lettres moulées) mandate spécifiquement

l'assureur (Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie) aux fins de :

- 1) soumettre à la RAMQ, conformément aux lois et aux règlements appliqués par celle-ci, mes réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que j'ai reçus et que mon conjoint et mes enfants ont reçus

à _____ (ville, pays)

lors de mon séjour du _____ Année Mois Jour au _____ Année Mois Jour
(date) (date)

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

Conjoint : _____ N° d'assurance maladie : _____

Enfant : _____ N° d'assurance maladie : _____

Enfant : _____ N° d'assurance maladie : _____

- 2) fournir à la RAMQ 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 RAMQ les remboursements qui sont effectués à mon nom ou à celui de mon conjoint ou d'un de mes enfants.

J'AUTORISE la RAMQ à accepter les réclamations ainsi soumises et à donner suite au présent mandat, tel que rédigé, ainsi qu'à transmettre à l'assureur, sur demande, tout renseignement concernant mon statut de personne assurée ou celui de mon conjoint ou de mes enfants.

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

Signature de la personne assurée

Numéro d'assurance maladie

