

**ATTESTATION D'AFFILIATION À LEUR RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE DES PARTICIPANTS AUX  
ÉCHANGES ENTRE ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR**

Art. 4.5 du Protocole, Art. 4.2 de l'Arrangement administratif

**1- Personne assurée**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Nom à la naissance \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_ Sexe  M  F État civil \_\_\_\_\_

Adresse au Québec \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Numéro d'immatriculation (France)\* \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance maladie (Québec) \_\_\_\_\_

\* Si l'étudiant est ayant droit, numéro d'immatriculation de l'ouvrant droit.

**2- Conjoint et personnes à charge qui accompagnent la personne assurée**

|     |                                      |   |                               |
|-----|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| Nom | Date de naissance<br>ANNÉE MOIS JOUR | Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Lien avec la personne assurée |
|-----|--------------------------------------|---|-------------------------------|

|        |                            |  |
|--------|----------------------------|--|
| Prénom | Numéro d'assurance maladie |  |
|--------|----------------------------|--|

|     |                                      |   |                               |
|-----|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| Nom | Date de naissance<br>ANNÉE MOIS JOUR | Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Lien avec la personne assurée |
|-----|--------------------------------------|---|-------------------------------|

|        |                            |  |
|--------|----------------------------|--|
| Prénom | Numéro d'assurance maladie |  |
|--------|----------------------------|--|

|     |                                      |   |                               |
|-----|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| Nom | Date de naissance<br>ANNÉE MOIS JOUR | Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Lien avec la personne assurée |
|-----|--------------------------------------|---|-------------------------------|

|        |                            |  |
|--------|----------------------------|--|
| Prénom | Numéro d'assurance maladie |  |
|--------|----------------------------|--|

**3- À remplir par l'établissement d'enseignement d'origine**

Je certifie que la personne identifiée au cadre 1 participe à un échange entre établissements d'enseignement supérieur pour la période

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

*(indiquez la période effective des études à l'exclusion de toute période antérieure ou postérieure de séjour).*

Nom de l'établissement d'origine \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement d'accueil \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature de la personne  
qui représente l'établissement d'origine \_\_\_\_\_

Cachet

#### 4- À remplir par l'organisme qui délivre l'attestation

L'organisme désigné ci-dessous atteste que la personne identifiée au cadre 1 demeure affiliée :

à un régime français de sécurité sociale  au régime québécois d'assurance maladie

et qu'à ce titre, elle bénéficie, ainsi que ses ayants droit ou son conjoint et les personnes à charge qui l'accompagnent, des prestations de l'assurance maladie, de l'assurance hospitalisation et de l'assurance médicaments du Québec ou des prestations en nature d'assurance maladie maternité en France servies par l'institution du lieu de séjour pour le compte de l'institution d'affiliation, pour la période

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

(soit jusqu'à un mois précédant et 15 jours suivant la période effective des études).

Dénomination de l'organisme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

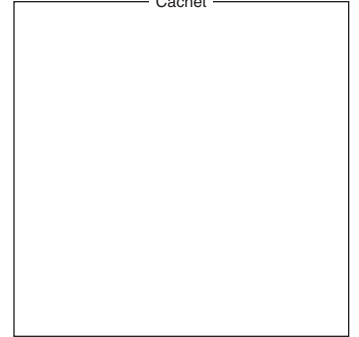
\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature de la personne

qui représente l'établissement d'origine \_\_\_\_\_

Cachet



## INSTRUCTIONS

### ÉTUDES EN FRANCE

Si l'étudiant, son conjoint ou une personne à charge qui l'accompagne doit recevoir des soins de santé en raison d'une maladie ou d'une maternité, il demande le remboursement des frais engagés à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) française du lieu de sa résidence en présentant cette attestation.

Les soins de santé reçus en France sont alors remboursés dans la limite du tarif de responsabilité de la CPAM française. Pendant la période durant laquelle l'étudiant, son conjoint et les personnes à charge bénéficient de la protection du régime français, il ne leur est pas possible de réclamer à la Régie de l'assurance maladie du Québec un remboursement partiel ou total des frais engagés.

### ÉTUDES AU QUÉBEC

Pour obtenir une carte d'assurance maladie du Québec pour lui-même et ses ayants droit qui l'accompagnent, l'étudiant doit en faire la demande à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à l'aide du formulaire d'inscription prévu à cet effet, en y joignant la présente attestation et le certificat d'acceptation du Québec pour études (C.A.Q.) délivré par le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles.

L'inscription à la RAMQ comprend l'adhésion à l'assurance médicaments, et ce, sans versement de prime. Une carte d'assurance maladie est délivrée à l'étudiant ainsi qu'à chacun de ses ayants droit qui l'accompagne. Cette carte ouvre droit au bénéfice de l'assurance maladie, de l'assurance hospitalisation et de l'assurance médicaments du Québec.