

# RÉCLAMATION HORS PROVINCE POUR SERVICES MÉDICAUX

ESPACE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

## A À remplir par la personne assurée ou son représentant (en lettres majuscules)

NOM DE FAMILLE DE LA PERSONNE ASSURÉE SUR LA CARTE SANTÉ		PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	
ADRESSE PERMANENTE			DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE OU TERRITOIRE		CODE POSTAL

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR			SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		NOM DU PARENT OU DU TUTEUR			SPÉCIFIEZ LA RELATION AVEC LA PERSONNE ASSURÉE				
DATE DE DÉPART DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE D'ORIGINE ANNÉE MOIS JOUR			DATE DE RETOUR DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE D'ORIGINE ANNÉE MOIS JOUR			PROVINCE, TERRITOIRE OÙ LES SERVICES ONT ÉTÉ RENDUS			S'AGIT-IL D'UN DÉMÉNAGEMENT PERMANENT? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		SI OUI, INDIQUEZ LA DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR	

RAISON DU SÉJOUR :  VACANCES  ÉTUDES  AFFAIRES  AUTRES : (précisez) \_\_\_\_\_

## B Déclaration de la personne assurée ou de son représentant

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 que je suis une personne assurée du régime d'assurance maladie de la province ou du territoire de \_\_\_\_\_

SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE (Si le signataire n'est pas la personne assurée, indiquer la relation avec celle-ci)			DATE ANNÉE MOIS JOUR			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (travail) IND. RÉG.			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (domicile) IND. RÉG.		
X _____											

## C À remplir par le professionnel (en lettres majuscules)

NOM DU PROFESSIONNEL		PRÉNOM	<input type="checkbox"/> OMNIPRATICIEN <input type="checkbox"/> SPÉCIALISTE		SPÉCIALITÉ _____		
NOM DE LA RAISON SOCIALE (S'IL Y A LIEU)				S'IL Y A LIEU <input type="checkbox"/> ANESTHÉSISTE <input type="checkbox"/> ASSISTANT-CHIRURGIEN <input type="checkbox"/> PSYCHIATRE		DURÉE DU TRAITEMENT HEURES MINUTES	
ADRESSE NUMÉRO RUE		VILLE		NOM DU MÉDECIN QUI A RÉFÉRÉ LA PERSONNE ASSURÉE			
PROVINCE OU TERRITOIRE		CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		SPÉCIALITÉ		

VERSEMENT AU PROFESSIONNEL  REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE  VERSEMENT À LA RAISON SOCIALE

NOM ET ADRESSE DU CENTRE HOSPITALIER SI LES SERVICES ONT ÉTÉ UTILISÉS						DATE D'ADMISSION ANNÉE MOIS JOUR			DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR		
---	--	--	--	--	--	-------------------------------------	--	--	-----------------------------------	--	--

## D Description des soins dispensés

## Lieu où les services ont été rendus

NATURE DES SERVICES	CODE D'ACTE	TARIF	DATE DES SERVICES			HEURE	AU CABINET	SERVICE HOSPITALIER	SERVICE EXTERNE	SALLE D'URGENCE	À DOMICILE
			ANNÉE	MOIS	JOUR						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSTIC ET REMARQUES

S'IL S'AGIT D'UNE RÉCLAMATION RELATIVE À			DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR			AUTRE : (précisez) _____		
<input type="checkbox"/> UN ACCIDENT DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> UN ACCIDENT D'AUTOMOBILE								

J'accepte comme paiement complet la somme prévue par l'assurance maladie de la personne assurée.						DATE ANNÉE MOIS JOUR			LANGUE DE CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS	
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL X _____										