

Veillez cocher la case correspondant à votre situation et lire les instructions au verso.

- A** Personne assurée au Québec qui s'établit en France
- B** Personne assurée au Québec séjournant en France à titre de travailleur temporaire ou de post-doctorant salarié (le post-doctorant détenant une bourse de recherche du Québec doit remplir le formulaire *Demande d'attestation pour l'application du protocole d'entente Québec-France relatif à la protection sociale des élèves et étudiants et des participants à la coopération – 3013*)
- C** Personne assurée au Québec de nationalité française qui séjourne temporairement en France
- D** Personne assurée résidant au Québec dont l'état de santé préexistant, y compris la grossesse, nécessite un suivi médical prévisible pendant un séjour en France (l'attestation ne peut être délivrée si le but est d'obtenir un deuxième avis médical ou des soins de santé non disponibles au Québec)
- E** Conjoint ou personne à charge d'un assuré français résidant ou séjournant au Québec qui est demeuré en France ou qui y retourne pour y résider

1. Personne assurée

Nom de famille à la naissance			Prénom		
Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lieu de naissance	Téléphone au domicile IND. RÉG.	Téléphone au travail IND. RÉG.
Numéro d'assurance maladie		Citoyenneté canadienne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	État civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié ou uni civilement <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Veuf		
Adresse au Québec (numéro, rue)				Appartement	
Ville				Québec Code postal	

2. Absence temporaire du Québec pour les personnes visées à **B**, **C** ou **D**

Date de départ du Québec ANNÉE MOIS JOUR	Date prévue de retour ANNÉE MOIS JOUR
Remarques, s'il y a lieu	

3. Établissement pour la personne visée à **A**

Date de départ du Québec pour s'établir en France ANNÉE MOIS JOUR	
Si vous connaissez votre adresse en France, veuillez l'indiquer.	
Adresse en France (numéro, rue)	Appartement
Ville	Code postal

4. Identité des personnes qui vous accompagnent

4.1 Votre conjoint :

Nom de famille à la naissance	Prénom	Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR	Numéro d'assurance maladie
-------------------------------	--------	--------------------------------------	----------------------------

4.2 Les personnes à charge âgées de moins de 18 ans :

Nom de famille à la naissance	Prénom	Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR	Numéro d'assurance maladie
		ANNÉE MOIS JOUR	
		ANNÉE MOIS JOUR	
		ANNÉE MOIS JOUR	

Note : Toute personne âgée de 18 ans et plus doit remplir sa propre demande.

Veillez spécifier les dates de départ et de retour de ces personnes, si différentes des dates inscrites à la section 2.

Date de départ du Québec	ANNÉE MOIS JOUR	Date prévue de retour	ANNÉE MOIS JOUR
--------------------------	-----------------	-----------------------	-----------------

5. Personne visée à **E** qui réside ou retourne résider en France

Nom de famille	Prénom	Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Adresse habituelle (si celle-ci diffère de celle de la personne assurée)

Numéro, rue	Appartement		
Ville	Code postal		
	Québec		
Date de début de l'admissibilité de la personne nommée à la section 1	ANNÉE MOIS JOUR	Date de départ du Québec de la personne à charge	ANNÉE MOIS JOUR

6. Signature de la personne assurée

Signature	Date
-----------	------

Instructions

Pour que vous puissiez bénéficier des prestations de l'assurance maladie et maternité du régime français, la Régie de l'assurance maladie du Québec doit vous délivrer une attestation de votre qualité de personne assurée. Pour obtenir cette attestation, vous devez remplir la section 1, les sections 2 ou 3, la section 6 et, s'il y a lieu, les sections 4 ou 5 du présent formulaire et nous le retourner à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 16000
Québec (Québec) G1K 9A2

Si vous séjournez en France à titre de travailleur temporaire ou de post-doctorant salarié, joignez à votre envoi **le contrat ou la lettre de votre employeur confirmant la durée de votre emploi ou de votre post-doctorat en France.**

Sur réception du formulaire dûment rempli, la Régie vous délivrera l'attestation qui correspond à votre situation.