

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 M 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 PROVINCE, TERRITOIRE OÙ LES SERVICES ONT ÉTÉ RENDUS DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS JOUR S'AGIT-IL D'UN DÉMÉNAGEMENT? OUI NON SI NON, PRÉCISER LA DATE DE RETOUR DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE D'ORIGINE ANNÉE MOIS JOUR

RAISON DU SÉJOUR : VACANCES ÉTUDES NOM DE L'INSTITUTION AFFAIRES AUTRES PRÉCISER

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 _____

À ce titre, je demande que les honoraires : soient versés au professionnel me soient remboursés

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

C À remplir par le professionnel (en lettres majuscules)

NOM DU PROFESSIONNEL PRÉNOM SPÉCIALITÉ SPÉCIALISTE OMNIPRATICIEN

ADRESSE S'IL Y A LIEU ANESTHÉSISTE ASSISTANT-CHIRURGIEN PSYCHIATRE DURÉE DU TRAITEMENT HEURES MINUTES

NOM DU MÉDECIN QUI A RÉFÉRÉ LA PERSONNE ASSURÉE SPÉCIALITÉ

CODE POSTAL SERVICES RENDUS : AU CABINET À DOMICILE EN SERVICE EXTERNE EN SERVICE HOSPITALIER

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

RÉCLAMATION POUR SOINS À UN MALADE HOSPITALISÉ : S.V.P. INDIQUER LA DATE DES SERVICES

DATE DES SERVICES	ANNÉE	MOIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

NATURE DES SERVICES	CODE D'ACTE	TARIF	DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR	HEURE	RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION			

DIAGNOSTIC ET REMARQUES

RÉCLAMATION RELATIVE À UN ACCIDENT DE TRAVAIL UNE INVALIDITÉ UN ACCIDENT D'AUTOMOBILE UNE AUTRE RESPONSABILITÉ VERSEMENT AU PROFESSIONNEL – J'accepte comme paiement complet la somme prévue par l'assurance maladie de la personne assurée. REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DATE LANGUE DE CORRESPONDANCE FRANÇAIS ANGLAIS

