

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	PROVINCE, TERRITOIRE OÙ LES SERVICES ONT ÉTÉ RENDUS	DATE D'ARRIVÉE ANNÉE	MOIS	JOUR	S'AGIT-IL D'UN DÉMÉNAGEMENT? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI NON, PRÉCISER LA DATE DE RETOUR DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE D'ORIGINE ANNÉE	MOIS	JOUR

RAISON DU SÉJOUR : VACANCES ÉTUDES AFFAIRES AUTRES

NOM DE L'INSTITUTION _____ 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 <input type="checkbox"/> SPÉCIALISTE <input type="checkbox"/> OMNIPRATICIEN
ADRESSE	S'IL Y A LIEU <input type="checkbox"/> ANESTHÉSISTE <input type="checkbox"/> ASSISTANT-CHIRURGIEN <input type="checkbox"/> PSYCHIATRE	DURÉE DU TRAITEMENT HEURES MINUTES
CODE POSTAL	NOM DU MÉDECIN QUI A RÉFÉRÉ LA PERSONNE ASSURÉE	SPÉCIALITÉ
NOM ET ADRESSE DU CENTRE HOSPITALIER SI LES SERVICES ONT ÉTÉ UTILISÉS	SERVICES RENDUS : <input type="checkbox"/> AU CABINET <input type="checkbox"/> À DOMICILE <input type="checkbox"/> EN SERVICE EXTERNE <input type="checkbox"/> EN SERVICE HOSPITALIER	

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 <input type="checkbox"/> UN ACCIDENT DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> UNE INVALIDITÉ <input type="checkbox"/> UN ACCIDENT D'AUTOMOBILE <input type="checkbox"/> UNE AUTRE RESPONSABILITÉ	<input type="checkbox"/> VERSEMENT AU PROFESSIONNEL – J'accepte comme paiement complet la somme prévue par l'assurance maladie de la personne assurée. <input type="checkbox"/> REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE	
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	DATE	LANGUE DE CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS

