



Réclamation hors province

Section A À remplir par la personne assurée ou un parent ou tuteur (Écrire en caractères d'imprimerie)

Nom de la personne assurée		Prénom		Initiales		Numéro d'assurance-maladie					
Adresse permanente			Ville		Province / État		Code postal				
Adresse temporaire			Ville		Province / État		Code postal				
Date de naissance		Sexe		Nom à la naissance		Nom du chef de ménage		Relation à la personne assurée			
Année	Mois	Jour	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>					
Date du départ de la province			Lieu où les services ont été rendus (Province, Territoire)		Date d'arrivée		S'agit-il d'un déménagement?		Date de retour à la province		
Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Raison du séjour à l'extérieur de la province : <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Affaires <input type="checkbox"/> Études (Nom de l'établissement) _____ <input type="checkbox"/> Autre											

Section B Déclaration de la personne assurée ou de son parent ou tuteur

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 de _____.

À ce titre je demande que les honoraires : soient versés au professionnel me soient remboursés soient versés à un tiers

S'il y a lieu, tiers : Nom		Prénom		Initiales				
Adresse			Ville		Province / État		Code postal	
Signature de la personne assurée (Si autre que la personne assurée, préciser la relation à la personne assurée)						Date	Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)

Section C À remplir par le médecin (Écrire en caractères d'imprimerie)

Nom du médecin et initiales		Spécialité		<input type="checkbox"/> Spécialiste																													
				<input type="checkbox"/> Omni praticien																													
Adresse			Ville		Province / État		Code postal																										
S'il y a lieu <input type="checkbox"/> Anesthésiste <input type="checkbox"/> Assistant-chirurgien <input type="checkbox"/> Psychiatre			Durée du traitement : Heures _____		Minutes _____																												
Nom du médecin qui a référé la personne			Services rendus :		Numéro de la facture																												
			<input type="checkbox"/> au cabinet <input type="checkbox"/> en service hospitalier																														
			<input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> en service externe																														
Si les services hospitaliers ont été utilisés : Nom de l'hôpital			Date d'admission		Date de sortie																												
	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour																											
Adresse			Ville		Province / État		Code postal																										
Date(s) des services	Mois	Année	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		Durée		Réservé à l'administration																							
						Année		Mois		Jour																							
						/		/																									
						/		/																									
						/		/																									
						/		/																									
						/		/																									
Diagnostic et remarques																																	
Réclamation relative à :						<input type="checkbox"/> Remboursement à la personne assurée <input type="checkbox"/> Versement au médecin - J'accepte comme paiement complet la somme prévue par l'assurance-maladie de la personne assurée																											
<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																																	
Signature du médecin						Date		Langue de correspondance																									
								<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais																									

****Veuillez fournir la documentation originale.****