

ATTESTATION D’AFFILIATION À LEUR RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE  
DES PARTICIPANTS AUX ÉCHANGES ENTRE ÉTABLISSEMENT D’ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

Art. 4.5 du protocole – Art. 4.2 de l’arrangement administratif

**1. Personne assurée**

.....	.....	.....
Nom	Prénom(s)	Nom à la naissance
.....	.....	.....
Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	État civil : .....	
Adresse au Québec : .....		
.....		
.....	.....	.....
N° d’immatriculation France *	N° d’assurance maladie (Québec)	

\* Si l’étudiant est ayant droit, numéro d’immatriculation de l’ouvrant droit

**2. Ayants droit ou personnes à charge accompagnant la personne assurée**

Nom	Prénom (s)	Date de naissance	Sexe	Lien avec la personne assurée	N° d’assurance maladie (Québec)
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

### 3. À compléter par l'établissement d'enseignement d'origine

Je certifie que la personne identifiée au cadre 1 participe à un échange entre établissements d'enseignement supérieur pour la période :

du ..... au .....

*(Indiquer la période effective des études à l'exclusion de toute période antérieure ou postérieure de séjour).*

Nom de l'établissement d'origine : .....

.....

Nom de l'établissement d'accueil : .....

..... Ville : ..... Cachet

.....

Date Signature autorisée de  
l'établissement d'origine

### 4. Compléter par l'organisme qui délivre l'attestation

L'organisme signataire ci-dessous atteste que la personne identifiée au cadre 1 demeure affiliée :

à un régime français de sécurité sociale

au régime québécois d'assurance maladie

et qu'à ce titre elle bénéficie, ainsi que ses ayants droit ou personnes à charge qui l'accompagnent, des prestations de l'assurance maladie, de l'assurance hospitalisation et de l'assurance médicaments du Québec ou des prestations en nature d'assurance maladie maternité en France, servies par l'institution du lieu de séjour pour le compte de l'institution d'affiliation, pour la période :

du ..... au .....

*(Soit jusqu'à un mois précédant et 15 jours suivant la période effective des études)*

Dénomination de l'organisme : .....

Adresse : .....

..... Cachet

.....

Date Signature

## INSTRUCTIONS

### **Études en France**

Si l'étudiant ou une personne à sa charge qui l'accompagne doit recevoir des soins de santé en raison d'une maladie ou d'une maternité, il demande le remboursement des frais engagés à la caisse primaire d'assurance maladie française du lieu de sa résidence en présentant cette attestation.

Les soins de santé reçus en France sont alors remboursés dans la limite du tarif de responsabilité de la caisse primaire d'assurance maladie française. Pour la période durant laquelle l'étudiant et ses personnes à charge bénéficient de la protection du régime français, il ne leur est pas possible de réclamer à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) un remboursement partiel ou total des frais engagés.

### **Études au Québec**

Pour obtenir une carte d'assurance maladie du Québec pour lui-même et ses ayants droit qui l'accompagnent, l'étudiant doit en faire la demande à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à l'aide du formulaire d'inscription prévu à cet effet en y joignant la présente attestation et le certificat d'acceptation du Québec pour études (C.A.Q.) délivré par le ministère des relations avec les citoyens et de l'immigration du Québec.

L'inscription à la RAMQ comprend l'adhésion à l'assurance médicaments, sans versement de prime. Une carte d'assurance maladie est émise pour l'étudiant ainsi que pour chacun des ayants droit qui l'accompagnent. Cette carte ouvre droit au bénéfice de l'assurance maladie, de l'assurance hospitalisation et de l'assurance médicaments du Québec.