

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

Art. 4.5 du Protocole – Art. 4.2 de l'Arrangement administratif

## 1. Étudiant

|                                   |                                                            |          |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|----------|
| Nom                               | Prénoms                                                    |          |
| Nom à la naissance (si différent) | Lieu de naissance                                          |          |
| Date de naissance                 | Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Courriel |
| Adresse en France                 |                                                            |          |
| Adresse au Québec                 |                                                            |          |
| N° d'immatriculation France*      | N° d'assurance maladie (Québec)                            |          |

\* Si l'étudiant est membre de la famille d'un assuré, inscrire le numéro d'immatriculation de l'assuré.

## 2. Membres de la famille ou personnes à charge accompagnant l'étudiant

|         |                                      |                                                               |                      |
|---------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------|
| Nom     | Date de naissance<br>ANNÉE MOIS JOUR | Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Lien avec l'étudiant |
| Prénoms | N° d'assurance maladie (Québec)      |                                                               |                      |
| Nom     | Date de naissance<br>ANNÉE MOIS JOUR | Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Lien avec l'étudiant |
| Prénoms | N° d'assurance maladie (Québec)      |                                                               |                      |
| Nom     | Date de naissance<br>ANNÉE MOIS JOUR | Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Lien avec l'étudiant |
| Prénoms | N° d'assurance maladie (Québec)      |                                                               |                      |

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

- ☐ a) je certifie que l'étudiant participe à un programme d'échanges entre établissements d'enseignement supérieur;
- ☐ b) je certifie que l'étudiant participe à un programme d'échanges double diplôme entre établissements d'enseignement supérieur;
- ☐ c) je certifie que l'étudiant effectue une thèse en cotutelle dans un établissement d'enseignement supérieur;

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 \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement d'accueil \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature autorisée de l'établissement d'origine \_\_\_\_\_

CACHET

\* Dans les cas visés en a), la durée à indiquer ne peut dépasser une année. Pour les cas visés en b) et c), indiquer la durée prévue du programme de double diplôme ou de la thèse en cotutelle.

#### 4. À remplir par l'organisme qui délivre l'attestation

L'organisme signataire ci-dessous atteste que l'étudiant demeure affilié :

☐ à un régime français de sécurité sociale ☐ au régime québécois d'assurance maladie

et qu'à ce titre, il bénéficie, ainsi que les membres de sa famille ou les 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date Signature

CACHET

### INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Aucune page ne peut être supprimée.

#### 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 plus de précisions veuillez consulter le site de l'assurance maladie française ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)). 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 en France.

#### ÉTUDES AU QUÉBEC

Pour obtenir une carte d'assurance maladie du Québec pour lui-même et les membres de sa famille 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;
- l'original du certificat d'acceptation du Québec pour études (CAQ) délivré par le ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion si le programme d'études ou la durée du séjour est de plus de six mois.

Cette carte ouvre droit au bénéfice de l'assurance maladie, de l'assurance hospitalisation et de l'assurance médicaments du Québec.

Pour connaître les modalités de fonctionnement ainsi que les moyens de communication pour s'inscrire au régime d'assurance maladie du Québec, veuillez consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante : [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca) ou téléphoner à l'un des numéros suivants :

à Québec : 418 646-4636

à Montréal : 514 864-3411

ailleurs au Québec (sans frais) : 1 800 561-9749

L'inscription à la RAMQ comprend l'adhésion de l'étudiant et des membres de sa famille à l'assurance médicaments et ce, sans versement de prime. Toutefois, l'étudiant âgé de 26 ans et plus ou celui avec conjoint est tenu d'assumer la franchise et la coassurance prévues par le régime public d'assurance médicaments lors de l'achat de médicaments prescrits, achetés au Québec et inscrits dans la *Liste des médicaments* publiée par la RAMQ. Il en va de même pour le conjoint. Les médicaments achetés au Québec sont gratuits pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

En cas de séjour hors Québec, y compris en France, durant la période de validité d'une autorisation de séjour pour études au Québec, l'étudiant et les personnes désignées au cadre 2 demeurent couverts par le régime québécois de santé, à l'exception de l'assurance médicaments. À leur retour au Québec, ils demandent à la RAMQ le remboursement des frais engagés hors Québec, le cas échéant. Pour obtenir plus d'information sur le remboursement de ces soins, veuillez vous référer au site Internet de la RAMQ ([www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)).