

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

| 1. Identité de la personne assurée | | | | | |
|------------------------------------|--|----------------|------|---|-------------|
| NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE | | NOM DE FAMILLE | | NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE (SI DIFFÉRENT DE CELUI DÉJÀ INSCRIT) | |
| LETTRES | | CHIFFRES | | PRÉNOM | |
| | | | | DATE DE NAISSANCE | |
| | | | | ANNÉE | MOIS |
| | | | | JOUR | SEXE M F |
| ADRESSE DE DOMICILE | | | APP. | | |
| NUMÉRO | | RUE | | CODE POSTAL | |
| VILLE, VILLAGE OU MUNICIPALITÉ | | | | | |

| 2. Nature de l'intervention | | | | | |
|--|-------|--|-------|---|------|
| <input type="checkbox"/> colostomie permanente | | <input type="checkbox"/> iléostomie permanente | | <input type="checkbox"/> urostomie permanente | |
| Date de l'intervention | ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS |
| | | | | | |
| Date de sortie de l'hôpital | ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS |
| | | | | | |
| JOINDRE L'ORIGINAL DU CERTIFICAT MÉDICAL OU | | | | | |
| SIGNATURE DU MÉDECIN | | | DATE | NUMÉRO DE PROFESSIONNEL | |
| | | | ANNÉE | MOIS | JOUR |
| | | | | | |

| 3. Autorisation à donner par le titulaire d'un carnet de réclamation | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|-------|
| J'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à communiquer avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, pour recueillir les seuls renseignements nécessaires au traitement de la demande. | | | | | |
| FAIRE PARVENIR À LA RÉGIE L'ORIGINAL DES FACTURES POUR BÉNÉFICIER DU SUPPLÉMENT, S'IL Y A LIEU. | | | | | |
| X | SIGNATURE | | | | DATE |
| | | | | | ANNÉE |
| | | | | | MOIS |
| | | | | | JOUR |

| 4. Signature de la personne assurée | | | | | |
|---|-----------|--|--|-------|-----------------------|
| Je désire m'inscrire au Programme d'appareils fournis aux stomisés permanents afin de recevoir l'aide financière. | | | | | |
| Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et complets. | | | | | |
| X | SIGNATURE | | | DATE | TÉLÉPHONE AU DOMICILE |
| | | | | ANNÉE | IND. RÉGIONAL |
| | | | | MOIS | TÉLÉPHONE AU TRAVAIL |
| | | | | JOUR | IND. RÉGIONAL |
| | | | | | POSTE |