

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					
NUMÉRO		RUE		APP.	
VILLE, VILLAGE OU MUNICIPALITÉ				CODE POSTAL	

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
<b>JOINDRE L'ORIGINAL DU CERTIFICAT MÉDICAL</b>					
<b>OU</b>					
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 du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, pour recueillir les seuls renseignements nécessaires au traitement de la demande.					
<b>FAIRE PARVENIR À LA RÉGIE L'ORIGINAL DES FACTURES POUR BÉNÉFICIER DU SUPPLÉMENT, S'IL Y A LIEU.</b>					
<b>X</b>	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.					
<b>X</b>	SIGNATURE			DATE	TÉLÉPHONE AU DOMICILE
				ANNÉE	IND. RÉGIONAL
				MOIS	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL
				JOUR	IND. RÉGIONAL
					POSTE