

**1 – Mandant (personne assurée)**

|                                 |                                      |                                  |                                                               |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Nom de famille à la naissance   |                                      | Prénom                           |                                                               |
| Numéro d'assurance maladie      | Date de naissance<br>ANNÉE MOIS JOUR | Numéro de téléphone<br>IND. RÉG. | Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Adresse résidentielle<br>Numéro | Rue                                  | Appartement                      |                                                               |
| Localité                        |                                      | Code postal                      |                                                               |

**2 – Mandataire (représentant)**

|                                 |                                      |                                  |                                                               |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Nom de famille à la naissance   |                                      | Prénom                           |                                                               |
| Numéro d'assurance maladie      | Date de naissance<br>ANNÉE MOIS JOUR | Numéro de téléphone<br>IND. RÉG. | Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Adresse résidentielle<br>Numéro | Rue                                  | Appartement                      |                                                               |
| Localité                        |                                      | Code postal                      |                                                               |

**3 – Procuration**

Je soussigné, \_\_\_\_\_, nomme \_\_\_\_\_,  
nom du mandant nom du mandataire  
 pour me représenter auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec dans les situations indiquées ci-après. À cet effet, je permets à la Régie de lui communiquer les renseignements confidentiels contenus dans mon dossier en lien avec ces situations.

**Cochez la ou les situations pour lesquelles vous autorisez votre mandataire à agir en votre nom :**  
*(Il est important que vous preniez connaissance de l'étendue de ces pouvoirs au verso.)*

1)  inscription au régime d'assurance maladie  
 2)  inscription au régime d'assurance médicaments  
 3)  révision d'une décision prise par la Régie à mon égard en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, de la Loi sur l'assurance médicaments ou de tout programme administré par la Régie  
 4)  demande relative aux programmes d'aides techniques, d'aide financière et d'exonération administrés par la Régie dont je bénéficie ou souhaite bénéficier  
 5)  demande de remboursement ou d'état de compte en lien avec un service assuré par la Régie et obtention de renseignements ou de documents en lien avec cette demande  
 6)  autre situation : \_\_\_\_\_  
 7)  **toutes ces situations**

**Durée**  
 Cette procuration prend effet à la date de sa signature et demeure valide :  
 pour une durée indéterminée  
 ou  
 jusqu'au \_\_\_\_\_, à moins que je ne la révoque par écrit auprès de la Régie.

|                                     |      |                         |
|-------------------------------------|------|-------------------------|
| Signature du mandant<br><br>X _____ | Lieu | Date<br>ANNÉE MOIS JOUR |
|-------------------------------------|------|-------------------------|

**Note importante :** À moins d'une exception prévue par la loi, cette procuration ne dispense pas le mandant de son obligation de se faire authentifier en se présentant à l'un de nos points de service.

# INSTRUCTIONS

## Section 1 – Mandant (personne assurée)

Tous les champs de cette section sont obligatoires.

## Section 2 – Mandataire (représentant)

Le mandataire est la personne qui agit au nom du mandant et à qui la Régie est autorisée à communiquer des renseignements en lien avec les situations indiquées par le mandant.

Le mandataire doit fournir au minimum les renseignements suivants : ses nom et prénom, son adresse complète et sa date de naissance.

## Section 3 – Procuration

Selon la ou les cases cochées, le mandataire est autorisé à :

### Case 1

- vous inscrire au régime d'assurance maladie;
- effectuer les démarches afin d'obtenir ou de renouveler votre carte d'assurance maladie;
- remplacer votre carte en cas de perte, de vol ou de bris;
- obtenir les formulaires requis pour toute demande;
- changer votre adresse;
- modifier les renseignements à votre dossier d'inscription;
- aviser la Régie d'un départ du Québec, d'un retour ou de l'acquisition de votre citoyenneté.

### Case 2

- vous inscrire au régime public d'assurance médicaments ou modifier les renseignements de votre dossier d'inscription.

### Case 3

- faire une demande de révision à la Régie;
- obtenir tout renseignement relatif au dossier de révision;
- faire les représentations nécessaires.

### Case 4

- déposer une demande et obtenir des renseignements ou des documents en lien avec les services rendus ou à recevoir en vertu :
  - des programmes d'aides techniques (appareils suppléant à une déficience physique, aides auditives, aides visuelles ou autres),
  - des programmes d'aide financière (appareils fournis aux stomisés permanents, prothèses mammaires externes, prothèses oculaires, traitement du lymphœdème ou autres),
  - du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique.

### Case 5

- faire une demande de remboursement pour les services assurés rendus hors Québec.

## Signature du mandant

Vous devez signer la procuration vous-même. Il n'y a aucune exception à cette règle.

## Nouvelle procuration

Pour renouveler une procuration expirée, vous devrez transmettre à la Régie un nouveau formulaire dûment complété.

## Correspondance

Cette procuration ne permet pas à la Régie de faire parvenir votre correspondance au mandataire.

---

### Site Internet

[www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)

### Numéros de téléphone

Québec : 418 646-4636  
Montréal : 514 864-3411  
Ailleurs au Québec : 1 800 561-9749

### Adresse postale

Régie de l'assurance maladie du Québec – DGARPA  
Case postale 6600  
Québec (Québec) G1K 7T3