

1. Identité de la personne assurée

Nom de famille		Nom de famille à la naissance (si différent de celui déjà inscrit)		
Prénom		Numéro d'assurance maladie		Date de naissance Année Mois Jour
Adresse de domicile Numéro		Rue		Appartement
Ville, village ou municipalité				Code postal

2. Motif de la demande

<input type="checkbox"/> J'ai subi une mastectomie <input type="checkbox"/> totale, <input type="checkbox"/> radicale ou <input type="checkbox"/> partielle.		<input type="checkbox"/> J'ai une absence totale de formation du sein (aplasie).	
<input type="checkbox"/> Côté gauche Date de l'intervention Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Côté droit Date de l'intervention Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Côté gauche Date du constat médical Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Côté droit Date du constat médical Année Mois Jour
Joindre les ORIGINAUX des documents suivants : <ul style="list-style-type: none"> • La facture détaillée et la preuve de paiement de votre prothèse mammaire externe; • L'ordonnance médicale (lors de la demande initiale). 		Joindre les ORIGINAUX des documents suivants : <ul style="list-style-type: none"> • La facture détaillée et la preuve de paiement de votre prothèse mammaire externe; • L'ordonnance médicale (lors de la demande initiale); 	

3. Signature de la personne assurée

Je désire recevoir le remboursement prévu par le programme des prothèses mammaires externes. Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et complets.		Téléphone au domicile Ind. régional	
X _____ Signature	Année	Mois	Jour
	Date		
		Téléphone au travail Ind. régional	Poste

Le formulaire et les documents doivent être envoyés à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Programme des prothèses mammaires externes – DPHQATF
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Il est recommandé de conserver une copie des documents envoyés à la Régie. Au besoin, d'autres documents nécessaires à l'analyse de votre demande pourraient être exigés.