

Ce formulaire est destiné exclusivement aux établissements de santé et de services sociaux qui offrent des services d'hébergement au Québec.

Renseignements relatifs à l'adulte hébergé		Établissement	
Numéro d'assurance maladie		Numéro de l'établissement	Numéro de dossier de l'établissement
Nom de famille à la naissance	Prénom	Date de naissance Année Mois Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Admission	Date Année Mois Jour	Type de chambre <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Deux lits <input type="checkbox"/> Trois lits ou plus	
		Type de soins <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Soins de réadaptation	

Désignation d'un représentant	
<input type="checkbox"/> Curateur public	Numéro de dossier du Curateur public
<input type="checkbox"/> Représentant	Nom et prénom de la personne représentant l'adulte hébergé
	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Adresse de correspondance Numéro Rue Appartement
	Ville Code postal
Téléphone au domicile	Téléphone au travail Cellulaire
Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

Établissement	
Nom de l'établissement	
Nom et prénom de la personne responsable de la gestion administrative du dossier	
Téléphone	Poste Télécopieur
Signature autorisée	Date Année Mois Jour
Modifications	
<input type="checkbox"/> Changement de chambre	Date Année Mois Jour Nouveau type de chambre <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Deux lits <input type="checkbox"/> Trois lits ou plus
<input type="checkbox"/> Départ	Date Année Mois Jour <input type="checkbox"/> Cochez si la personne est décédée.
<input type="checkbox"/> Autre	Précisez

Envoyez ce formulaire à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
425, boul. De Maisonneuve Ouest, bur. 213
Montréal (Québec) H3A 3G5