

1 - Personne assurée

2 - Dispensateur Spécialité :

CARTE D'ASSURANCE MALADIE OU NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE	NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE
	ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU
	LOCALITÉ		PROVINCE
	TÉLÉPHONE IND. RÉG.		TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.
NOM ET PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	

3 - Interventions visées par la demande

Si la demande doit être évaluée rapidement, veuillez indiquer la raison de l'urgence :

Proximité des interventions. Date ANNÉE MOIS JOUR

Autres raisons. Précisez : _____

Nombre de photos couleurs jointes : _____

NOTE : Veuillez à ce que les photos illustrent adéquatement le problème à traiter.

Type de demande

Initiale
 Prolongation
 Modification
 Renseignements supplémentaires

Si vous avez coché « Prolongation » ou « Modification », veuillez inscrire : La date de l'autorisation initiale ANNÉE MOIS JOUR

Les numéros de l'autorisation initiale : _____

Lipectomies

Abdominale
 Bras
 Cuisses
 Autres, précisez : _____

Correction de cicatrices

Sites : _____

Nombre de cicatrices : _____
 Nombre de traitements prévus : _____
 Traitement chirurgical
 Traitement par laser

Chirurgies des seins

<input type="checkbox"/> Augmentation mammaire	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Reconstruction du mamelon par tatouage	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Changement de prothèse mammaire	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Reconstruction mammaire	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Insertion d'une prothèse d'extension tissulaire	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Réduction mammaire	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Mastopexie	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Remplacement d'une prothèse d'extension tissulaire par une prothèse permanente	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Reconstruction chirurgicale du mamelon	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche		

Cure de gynécomastie

Mastectomie simple pour gynécomastie
 Droite Gauche

NOTE : Si disponibles, veuillez joindre les rapports de mammographie et/ou d'échographie.

Chirurgie des paupières

Excision du surplus cutané des paupières supérieures

NOTE : Si disponibles, veuillez joindre les champs visuels PÉRIPHÉRIQUES INTERPRÉTÉS.

Autres interventions

<input type="checkbox"/> Excision de paquets variqueux aux membres inférieurs*	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	
<input type="checkbox"/> Injection de graisse	Sites : _____	Nombre de séances : _____
<input type="checkbox"/> Insertion d'une prothèse d'extension tissulaire	Sites – excluant les seins : _____	Nombre de prothèses : _____
<input type="checkbox"/> Microgreffe capillaire	Nombre de séances : _____	Nombre de microgreffes : _____
<input type="checkbox"/> Modelage facial	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	
<input type="checkbox"/> Traitement d'épilation par laser	Sites : _____	Nombre de traitements : _____
<input type="checkbox"/> Traitement d'angiomes plans par laser	Sites : _____	
<input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____		

*Aucune photo requise. Fournir uniquement le rapport de consultation.

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du dispensateur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

4 - Informations complémentaires *Section réservée aux demandes INITIALES.*

Interventions antérieures pertinentes

Intervention : _____	Date	ANNÉE _ _ _	MOIS _	JOUR _	<input type="checkbox"/> Esthétique	<input type="checkbox"/> Couverte par la RAMQ
Intervention : _____	Date	ANNÉE _ _ _	MOIS _	JOUR _	<input type="checkbox"/> Esthétique	<input type="checkbox"/> Couverte par la RAMQ
Intervention : _____	Date	ANNÉE _ _ _	MOIS _	JOUR _	<input type="checkbox"/> Esthétique	<input type="checkbox"/> Couverte par la RAMQ

Antécédents médicaux pertinents

Correction d'asymétrie mammaire

< 150g ≥ 150g, précisez : _____

Limitations fonctionnelles physiques

Existe-t-il des limitations fonctionnelles physiques qui seront corrigées par les interventions demandées?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser lesquelles :

Limitations fonctionnelles psychologiques

Existe-t-il des limitations fonctionnelles psychologiques qui seront corrigées par les interventions demandées?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser les limitations en lien avec les interventions demandées ET/OU joindre les rapports de consultations psychiatriques ou psychologiques ou les deux :

Diagnostiques : _____

Traitements médicamenteux : _____

Périodes de traitement : _____

Professionnels consultés : _____

Spécialités : _____

Fréquence des visites : _____

Périodes de suivi : _____

5 - Commentaires

6 - Signature du dispensateur

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR
_ _ _	_	_	_

Veuillez retourner le présent formulaire, ainsi que les pièces jointes :

• **par la poste** : Direction des affaires professionnelles
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

• **par télécopieur** (pour les demandes **URGENTES seulement**, si les photos ne sont pas requises ou ont déjà été transmises à la Régie) : **418 643-3858**