

--

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

<p>▶ J'ai subi une mastectomie <input type="checkbox"/> totale, <input type="checkbox"/> radicale ou <input type="checkbox"/> partielle.</p> <p><input type="checkbox"/> Côté gauche <input type="checkbox"/> Côté droit</p> <p>Date de l'intervention Année Mois Jour</p> <p>Date de l'intervention Année Mois Jour</p> <p>Joindre les ORIGINAUX des documents suivants :</p> <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). 	<p>▶ J'ai une absence totale de formation du sein (aplasie).</p> <p><input type="checkbox"/> Côté gauche <input type="checkbox"/> Côté droit</p> <p>Date du constat médical Année Mois Jour</p> <p>Date du constat médical Année Mois Jour</p> <p>Joindre les ORIGINAUX des documents suivants :</p> <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	Téléphone au travail Ind. régional
		Date	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.