

Demande d'inscription
Programme relatif à l'appareillage
pour les personnes stomisées

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

PARTIE 1 : À REMPLIR PAR LA PERSONNE ASSURÉE

1. Identité de la personne assurée

Nom de famille		Nom de famille à la naissance (si différent de celui déjà inscrit)			
Prénom	Date de naissance Année Mois Jour		Numéro d'assurance maladie		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse de domicile Numéro		Rue		Appartement	
Localité				Code postal	

2. Obligation de la personne assurée

Joindre une ordonnance médicale. Elle doit contenir les informations suivantes :

- votre prénom et votre nom;
- votre date de naissance ou votre numéro d'assurance maladie;
- date et nature de la chirurgie (colostomie, iléostomie ou urostomie);
- caractère permanent ou temporaire de la stomie;
- prénom, nom (lettres moulées) et numéro du permis d'exercice du médecin;
- date de rédaction de l'ordonnance;
- signature du médecin.

Ou

Faire remplir le verso du formulaire par le médecin.

3. Signature de la personne assurée

Je désire m'inscrire au Programme relatif à l'appareillage pour les personnes stomisées. Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et complets.			Téléphone au domicile Ind. régional	
X	Signature		Téléphone au travail Ind. régional	
	Date		Poste	

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

Régie de l'assurance maladie du Québec

Programme relatif à l'appareillage pour les personnes stomisées – DGPHQATF
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Nous vous recommandons de conserver une copie des documents que vous nous envoyez.
Au besoin, nous pourrions exiger d'autres documents nécessaires à l'analyse de votre demande.

PARTIE 2 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN (FACULTATIF)

1. Identification de l'établissement ou du milieu clinique

Nom de l'établissement ou du milieu clinique		Téléphone Ind. régional
Adresse de l'établissement ou du milieu clinique		
Numéro	Rue	
Localité		Code postal

2. Identité de la personne assurée

Nom de famille			
Prénom	Date de naissance Année Mois Jour	ou	Numéro d'assurance maladie

3. Nature de l'intervention

<input type="checkbox"/> Colostomie Date de l'intervention Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Iléostomie Date de l'intervention Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Urostomie Date de l'intervention Année Mois Jour
Caractère		
<input type="checkbox"/> Permanent	<input type="checkbox"/> Temporaire	

4. Identité et signature du médecin

Nom du médecin en lettres moulées		
X	Année Mois Jour	
Signature du médecin	Date	Numéro du permis d'exercice