

Demande de renseignements concernant une personne et autorisation de communication à un tiers

Ce formulaire s'adresse à :

- Toute personne de 14 ans ou plus désirant obtenir des renseignements sur son admissibilité au régime d'assurance maladie et les services couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec qu'elle a reçus;
- Un titulaire de l'autorité parentale pour une personne de moins de 14 ans ou un représentant souhaitant obtenir de tels renseignements concernant la personne qu'il représente.

1- Identité de la personne concernée

Nom		Prénom	
Date de naissance	Numéro d'assurance maladie	Téléphone (jour) IND RÉG.	Poste
Adresse (numéro, rue, ville)			Code postal

2- Identité du demandeur

<input checked="" type="checkbox"/> Personne concernée (passez à la section 3) <input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale (si la personne concernée a moins de 14 ans) <input type="checkbox"/> Représentant (joignez les documents attestant que vous agissez au nom de la personne concernée)			
Nom	Prénom	Téléphone (jour) IND RÉG.	Poste
Adresse (numéro, rue, ville)			Code postal

3- Objet de la demande

<p>La demande vise la période * du _____ à ce jour pour les services suivants :</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">(réservé à l'administration)</p> <input checked="" type="checkbox"/> Services médicaux payés par la Régie <input checked="" type="checkbox"/> Services pharmaceutiques payés par la Régie (renseignements disponibles seulement si la personne concernée était couverte par le régime public d'assurance médicaments pendant cette période)
<p>Pendant cette période, la personne concernée a-t-elle reçu des services couverts par l'un des programmes d'aides techniques administrés par la Régie (ex : fauteuil roulant, prothèse auditive, etc.)?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>Pendant cette période, la personne concernée a-t-elle reçu des services médicaux couverts hors du Québec?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Je désire recevoir un document confirmant la ou les périodes pendant lesquelles la personne concernée a été admissible au régime d'assurance maladie du Québec.

*Aucun renseignement n'est disponible pour des services payés par la Régie avant le 1er novembre 1981.

4- Communication à un tiers – identité de la personne désignée pour recevoir les renseignements

Nom (personne physique, personne morale ou organisme public) Assurance Banque Nationale		Numéro de référence (le cas échéant)
Nom de la personne désignée par la personne morale ou l'organisme public (le cas échéant)	Téléphone (jour) IND RÉG. 1 877 871 7500	Poste
Adresse (numéro, rue, ville) 1100 boul. Robert-Bourassa, 5^e étage, Montréal, QC		Code postal H3B 2G7

Notez que seul le tiers recevra les renseignements.

5- Signature du demandeur

Signature (personne identifiée à la section 2)	Date
--	------

Veillez retourner le formulaire et les documents exigés, le cas échéant, à cette adresse :

Direction générale de l'admissibilité et des renseignements
aux personnes assurées
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

ou par télécopieur au 418 682-4080

Ce formulaire ne constitue pas une demande d'accès au sens de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1). Il n'est donc pas possible de demander la révision de la décision rendue auprès de la Commission d'accès à l'information du Québec.