

## 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 les services couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);
- 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. Renseignements sur la personne concernée \_\_\_\_\_

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

### 2. Renseignements sur la personne qui fait la demande \_\_\_\_\_

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

### 3. Objet de la demande \_\_\_\_\_

<p>La demande vise la période* du _____ au _____ pour les services suivants :</p> <p><input type="checkbox"/> services médicaux payés par la RAMQ</p> <p><input type="checkbox"/> services pharmaceutiques payés par la RAMQ (renseignements disponibles seulement si la personne concernée était couverte par le régime public d'assurance médicaments pendant cette période)</p>
<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 RAMQ (fauteuil roulant, prothèse auditive, etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Pendant cette période, la personne concernée a-t-elle reçu des services médicaux couverts hors du Québec?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>

\* Aucun renseignement n'est disponible pour des services payés avant le 1<sup>er</sup> novembre 1981.

#### 4. Communication à un tiers – Renseignements sur la personne désignée

Nom (personne physique, personne morale ou organisme public)		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.	Poste	
Adresse (numéro, rue, ville)		Code postal 	

Seul le tiers recevra les renseignements.

#### 5. Signature

_____ Signature de la personne qui fait la demande		_____ Date	
---	--	---------------	--

Veillez nous faire parvenir ce formulaire  
(et les documents exigés, si vous représentez une autre personne)  
par télécopieur au **418 682-4080** ou par la poste :

**Régie de l'assurance maladie du Québec**

C. P. 16 000, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 9A2

Ce formulaire ne constitue pas une demande d'accès au sens de la Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux (chapitre R-22.1). 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.