

Demande de révision

Vous devez remplir **toutes les cases** de ce formulaire.
 Cela facilitera le traitement de votre demande.

Écrire en lettres détachées

1. Renseignements sur l'identité

Requérant ou bénéficiaire

Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale	
Adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone au domicile	ind. rég.	autre	ind. rég. poste

Cotisant

Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale	
Adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone au domicile	ind. rég.	autre	ind. rég. poste

2. Raisons

Veillez préciser les raisons de votre demande de révision et fournir tous les documents utiles.

Si l'espace est insuffisant, annexe une autre feuille.

Si la révision demandée fait suite à une demande en invalidité, veuillez remplir la section suivante. Sinon passer à la **section 4**.

3. Questions complémentaires

3.1 Avez-vous revu votre médecin traitant ou un autre médecin depuis la décision de la Régie ?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque médecin et l'endroit de la rencontre :

Nom du médecin	Endroit du suivi (hôpital, clinique, CLSC, etc.)

3.2 Vos médicaments ont-ils été changés (nouveau médicament, nouveau dosage) depuis la décision de la Régie ?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque nouveau médicament ainsi que le dosage prescrit pour chacun :

Nom du médicament	Dosage (Ex. : 10 mg, 2 fois par jour)

3.3 Avez-vous commencé de nouveaux traitements (physiothérapie, psychothérapie, chirurgie, clinique de la douleur, etc.) depuis la décision de la Régie ?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer chaque nouveau traitement, la date de début, la fréquence et l'endroit du suivi :

Traitement	Date de début	Fréquence (Nbre de fois par mois)	Endroit du suivi (hôpital, centre de réadaptation, clinique, CLSC, etc.)

3.4 Avez-vous subi des tests médicaux depuis la décision de la Régie ou prévoyez-vous en subir ?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque test, la date qu'il a été effectué ou qu'il est prévu et l'endroit :

Nom du test	Date (test effectué ou prévu)	Endroit

3. Questions complémentaires (suite)

3.5 Avez-vous été hospitalisé depuis la décision de la Régie ?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser la raison, la date et l'endroit de chaque hospitalisation :

Raison de l'hospitalisation	Date	Endroit

3.6 Depuis la décision de la Régie, avez-vous eu ou prévoyez-vous avoir une expertise à la demande de la CSST, de la SAAQ ou d'une compagnie d'assurance ?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de l'organisme ou de la compagnie et la date de chaque expertise effectuée ou prévue :

Nom de l'organisme ou de la compagnie	Date (expertise effectuée ou prévue)

4. Signature

Ce formulaire doit être signé par la personne qui conteste la décision prise à son sujet ou par son héritier, son mandataire dûment autorisé, son tuteur ou le curateur.

Signature _____ Date | | | | | | | | | |
année mois jour

Retournez à :
 Régie des rentes du Québec, Service de la révision, C. P. 5200, Québec (Québec) G1K 7S9