

IMPORTANT – Joindre l'**original du certificat médical**, daté et signé par le chirurgien ou le médecin traitant. S'il y a lieu, joindre le dernier état de compte de votre compagnie d'assurances ou une preuve de paiement de l'organisme payeur.

Identité de la personne assurée

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		NOM DE FAMILLE	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE (SI DIFFÉRENT DE CELUI DÉJÀ INSCRIT)		
LETTRES		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE	
CHIFFRES				ANNÉE	MOIS
				JOUR	
ADRESSE RÉSIDENIELLE PERMANENTE					
NUMÉRO		RUE		APP.	
VILLE					CODE POSTAL

Nature de l'intervention

J'ai subi une : colostomie permanente iléostomie permanente urostomie permanente

Date de l'intervention ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR
-------	------	------

Date de sortie de l'hôpital ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR
-------	------	------

Paiement des produits

J'assume moi-même depuis

ANNÉE	MOIS	JOUR
-------	------	------

le coût des sacs et des autres produits dont j'ai besoin.

Le paiement est assumé par une compagnie d'assurances ou un organisme.

Les sacs et les autres produits **sont payés** en partie ou en totalité **par :**

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES OU DE L'ORGANISME

ADRESSE

VILLE

CODE POSTAL

Prestataire de l'assistance-emploi

Vous devez fournir les renseignements suivants. ▶

NOM DE VOTRE AGENT D'AIDE SOCIOÉCONOMIQUE

TÉLÉPHONE DE L'AGENT

IND. RÉGIONAL	POSTE
---------------	-------

Faire parvenir à la Régie l'original de vos factures pour bénéficier du supplément, s'il y a lieu.

Signature de la personne assurée

Je désire m'inscrire au Programme d'appareils fournis aux stomisés permanents afin de recevoir l'aide financière.

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et complets.

DATE

ANNÉE	MOIS	JOUR
-------	------	------

TÉLÉPHONE À LA RÉSIDENCE

IND. RÉGIONAL

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL

IND. RÉGIONAL
