

**IMPORTANT** – Joindre l'**original du certificat** ou **du constat médical** daté et signé par votre chirurgien ou votre médecin traitant ainsi que l'**original de la facture** de la ou des prothèses externes. 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	CHIFFRES	PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR
ADRESSE RÉSIDENIELLE PERMANENTE NUMÉRO RUE			APP.	
VILLE			CODE POSTAL	

**Motif de la demande**

**J'ai subi une mastectomie totale ou radicale.**

**Côté gauche**

Date de l'intervention

ANNÉE MOIS JOUR

**Côté droit**

Date de l'intervention

ANNÉE MOIS JOUR

**J'ai une absence totale de formation du sein (aplasie).**

**Côté gauche**

Date du constat médical

ANNÉE MOIS JOUR

**Côté droit**

Date du constat médical

ANNÉE MOIS JOUR

**Paiement des prothèses**

**J'assume moi-même**  
depuis

ANNÉE MOIS JOUR

le coût de la ou des prothèses  
mammaires externes dont j'ai besoin.

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

La ou les prothèses **sont payées**  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 : 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 de prothèses mammaires externes 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