

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)	
		PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	
LETTRES	CHIFFRES		ANNÉE	MOIS
				JOUR
ADRESSE RÉSIDENIELLE PERMANENTE			APP.	
NUMÉRO	RUE			
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