

## DEMANDE DE RÉVISION

### RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

#### IDENTIFICATION

N° D'ASSURANCE MALADIE (SI DISPONIBLE)		NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE									
LETTRES		CHIFFRES		PRÉNOM USUEL			DATE DE NAISSANCE			SEXE	
							ANNÉE	MOIS	JOUR	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
ADRESSE NUMÉRO		RUE					APP.				
LOCALITÉ				PROVINCE				CODE POSTAL			

NUMÉRO DE DOSSIER

#### JUSTIFICATION DE LA DEMANDE

Motifs de la demande (joindre les pièces à l'appui s'il y a lieu) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### DECLARATION ET AUTORISATION

Si vous faites la demande pour une <b>autre personne que vous</b> , indiquez à quel titre vous la faites :		MÈRE <input type="checkbox"/>	PÈRE <input type="checkbox"/>	AUTRE : <input type="checkbox"/> Précisez et annexe une procuration.	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : RÉSIDENCE IND. RÉGIONAL
NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES					NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : TRAVAIL IND. RÉGIONAL
Je <b>déclare</b> que les renseignements ci-dessus sont exacts.		SIGNATURE			DATE
		<b>X</b>			ANNÉE MOIS JOUR
J' <b>autorise</b> la Régie de l'assurance maladie du Québec à communiquer avec toute personne et tout organisme qui ont délivré un des documents fournis afin de recueillir les seuls renseignements nécessaires à la détermination de mon admissibilité à l'assurance maladie ou de celle de la personne dont je suis responsable ou que je représente.		SIGNATURE			DATE
		<b>X</b>			ANNÉE MOIS JOUR

## INSTRUCTIONS

1. Votre demande doit nous parvenir avant la fin d'un délai de **six mois** à partir de la date de la décision contestée, laquelle apparaît sur la lettre vous informant de cette décision.
2. Veuillez fournir tous les renseignements à l'appui de votre demande. Si l'espace est insuffisant, utilisez une autre feuille.
3. Veuillez joindre tous les documents permettant une nouvelle évaluation de votre dossier.
4. Assurez-vous d'avoir signé le formulaire avant de l'expédier.

Si une tierce personne est responsable de votre demande de révision, veuillez annexer une procuration. Ce document doit mentionner le nom de la personne que vous désignez pour se charger de votre dossier auprès de la Régie, et préciser que vous autorisez

- ◇ cette personne à fournir des documents et renseignements en votre nom à la Régie;
- ◇ et la Régie à en remettre à cette personne.

5. Vous pouvez déposer votre demande de révision et vos documents annexes, le cas échéant, à notre bureau de Montréal ou à celui de Québec. Un préposé à l'accueil vous remettra vos documents originaux après en avoir fait une copie.

- Bureau de Québec : 1125, Grande Allée Ouest, rez-de-chaussée
- Bureau de Montréal : 425, boul. De Maisonneuve Ouest, 3<sup>e</sup> étage

Vous pouvez également adresser votre envoi à :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 6600 - DARPA  
Québec (Québec) G1K 7T3

Pour nous joindre : Québec : 418 646-4636  
Montréal : 514 864-3411  
Ailleurs au Québec (sans frais) : 1 800 561-9749