

## À qui s'adresse le formulaire de demande de révision?

À toute personne qui demande la révision d'une décision de la Régie sur son admissibilité au régime public d'assurance médicaments avec laquelle elle est en désaccord.

Le guide l'accompagnant aide les personnes qui demandent une révision à mieux remplir l'une ou l'autre des déclarations faisant partie du formulaire de demande de révision et à fournir une demande complète.

## Comment préparer votre demande?

Le présent formulaire est composé de trois déclarations:

- ◇ une **déclaration à remplir par le demandeur**, qui doit habituellement avoir 18 ans ou plus;
- ◇ une **déclaration à remplir par la personne qui était le conjoint** du demandeur pendant la période d'admissibilité contestée, s'il y a lieu;
- ◇ une **déclaration à remplir par la personne âgée de 18 à 25 ans inclusivement**, aux études à temps plein, sans conjoint, s'il y a lieu.

Si votre demande de révision est basée sur le fait que vous désirez bénéficier du statut d'enfant âgé de 18 à 25 ans, vous devez remplir la déclaration intitulée Déclaration d'une personne âgée de 18 à 25 ans, aux études à temps plein, sans conjoint, réclamant le statut d'enfant et fournir tous les documents prouvant le bien-fondé de votre demande. De plus, il est obligatoire que l'un de vos parents remplisse la Déclaration du demandeur, puisque vous serez inscrit dans son dossier, s'il y a lieu.

Le réexamen de votre dossier se fera à la lumière des faits nouveaux que vous porterez à notre connaissance. Ces faits seront vérifiés à partir des documents que nous vous demandons de joindre à votre demande et qui sont susceptibles de nous amener à modifier notre décision.

Les renseignements à fournir doivent au moins couvrir la période d'admissibilité contestée. Cette période pour laquelle la Régie a modifié votre admissibilité au régime public est habituellement indiquée sur la lettre annonçant la décision que vous contestez ou, le cas échéant, sur le relevé de frais de médicaments que vous avez reçu.

Votre demande, dûment remplie et signée, doit parvenir à la Régie, avec les documents appropriés, avant la fin d'un délai de six mois à partir de la date de la décision que vous contestez. Si votre demande est incomplète, il se peut qu'elle vous soit retournée.

## Section A : Raisons de la demande

Veillez expliquer pourquoi vous croyez que la Régie devrait réviser sa décision. Précisez clairement les éléments que vous contestez : par exemple, la période d'admissibilité, le refus de la Régie de vous considérer comme admissible au régime, votre refus d'adhérer à un régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base ou le fait que la Régie refuse de vous accorder le statut d'enfant réservé aux personnes âgées de 18 à 25 ans, aux études à temps plein, sans conjoint.

## Section B : Renseignements servant à établir votre situation pendant la période d'admissibilité contestée

Nous avons besoin de savoir quelles étaient les principales activités que vous avez exercées pendant la période d'admissibilité contestée. Nous devons d'abord connaître les périodes d'emploi, puis les périodes sans emploi, par exemple celles où vous avez été en chômage ou aux études.

### Emplois ancien(s) et actuel(s)

Vous devez fournir, pour chacun des emplois occupés, anciens et actuels, qu'il s'agisse d'un emploi à temps plein ou à temps partiel, à votre compte ou salarié :

- ◇ les renseignements exigés sur le formulaire;
- ◇ une lettre de chacun de vos employeurs contenant les éléments nommés dans l'encadré suivant :

#### **Renseignements à fournir par tout employeur :**

1. La date d'embauche;
2. La date du dernier jour de travail, s'il y a lieu;
3. La confirmation qu'il offre, ou non, un régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base. S'il en offre un, il doit préciser :
  - 3.1 la durée du délai d'attente avant d'y avoir droit;
  - 3.2 la date où vous y êtes devenu admissible et celle où vous y avez adhéré;
  - 3.3 le type de couverture choisi (familiale, individuelle ou monoparentale).

### **Périodes sans emploi**

Vous devez indiquer les périodes où vous étiez sans emploi. Sous ce titre, il vous faut faire état, s'il y a lieu, des périodes où vous étiez en chômage, à la retraite, aux études, sans emploi, etc.

Si vous avez toujours un lien d'emploi avec votre employeur — par exemple si vous êtes une personne retraitée, en congé parental, en congé sans solde ou si vous bénéficiez d'une prestation de la Commission de la santé et de la sécurité du travail — et que vous êtes toujours admissible à un régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base, vous devez remplir la section du formulaire « Emplois ancien(s) et actuel(s) » et obtenir de votre employeur les renseignements nommés dans l'encadré.

### **Section C : Appartenance à une association ou à un ordre professionnels**

Si vous êtes membre de plus d'une association fondée sur l'occupation habituelle ou encore de plus d'un ordre professionnel, veuillez nous en fournir la liste complète sur une feuille en annexe. Si l'un ou l'autre de ces groupements offre un régime collectif d'assurance médicaments comportant au moins les garanties du régime public, il est important de nous transmettre une lettre de ce groupement qui confirme les renseignements que vous fournissez dans la présente déclaration. Cette lettre doit préciser la date d'admissibilité au régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base offert et votre date d'adhésion, le cas échéant.

### **Section D : Renseignements sur le conjoint pendant la période d'admissibilité contestée**

Si vous aviez un conjoint pendant la période d'admissibilité contestée, cette personne doit fournir les mêmes renseignements et documents que vous au sujet de ses emplois et de ses périodes sans emploi.

La Loi sur l'assurance médicaments considère comme votre conjoint la personne, de sexe différent ou de même sexe, avec qui vous :

- ◇ êtes marié ou uni civilement;
- ◇ vivez en union de fait depuis au moins 12 mois;
- ◇ vivez en union de fait depuis moins de 12 mois et avec qui vous avez eu ou adopté un enfant.

Si votre conjoint demeure toujours avec vous, veuillez lui faire remplir et signer la *Déclaration du conjoint du demandeur pendant la période d'admissibilité contestée*.

Si vous **ne demeurez plus** avec votre conjoint d'alors, il serait souhaitable que la déclaration soit remplie par cette personne. Par contre, s'il vous est impossible d'obtenir sa collaboration, veuillez la remplir au meilleur de votre connaissance et la signer.

### **Section E : Renseignements sur les enfants mineurs et ceux âgés de 18 à 25 ans aux études à temps plein, sans conjoint, pendant la période d'admissibilité contestée**

Il est important que vous nous fournissiez les renseignements demandés pour chacun de vos propres enfants et ceux de votre conjoint. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser une autre feuille.

La Loi sur l'assurance médicaments définit ainsi un enfant :

- ◇ une personne admissible qui est âgée de moins de 18 ans et sur laquelle vous exercez l'autorité parentale;
- ◇ une personne admissible, sans conjoint, qui est âgée de 25 ans ou moins, qui fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et sur laquelle une personne exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

Les personnes **âgées de 18 à 25 ans, aux études à temps plein, sans conjoint**, réclamant le statut d'enfant, doivent remplir la Déclaration d'une personne âgée de 18 à 25 ans, aux études à temps plein, sans conjoint, réclamant le statut d'enfant et y joindre les documents suivants:

- ◇ une ou des attestations d'inscription à un programme d'études à temps plein offert par un établissement d'enseignement, où figure le nombre d'unités et/ou le nombre d'heures de cours, et ce, pour toute la période d'admissibilité contestée;
- ◇ si vous avez occupé un ou des emplois, une lettre de chaque employeur contenant les renseignements nommés à la section B dans l'encadré.

### **Section F : Déclaration et autorisation**

Veuillez signer et nous retourner la Déclaration du demandeur accompagnée des documents suivants:

- ◇ une lettre de chacun de vos employeurs;
- ◇ la déclaration de votre conjoint s'il y a lieu, accompagnée d'une lettre de chacun de ses employeurs;
- ◇ la déclaration de vos enfants âgés de 18 à 25 ans, accompagnée d'une preuve de fréquentation scolaire et d'une lettre de chacun de leurs employeurs, s'il y a lieu.

Ces documents sont essentiels pour traiter votre demande de révision, sans quoi elle pourrait vous être retournée.

## Comment faire parvenir le formulaire à la Régie?

Vous devez faire parvenir votre envoi à l'adresse suivante :

### **Régie de l'assurance maladie du Québec**

Case postale 6600  
Québec (Québec) G1K 7T3

Vous pouvez également vous présenter à notre bureau de Montréal ou à celui de Québec avec votre demande de révision et vos documents. Une personne préposée à l'accueil vous remettra vos documents originaux après en avoir fait une copie.

Bureau de Montréal  
425, rue De Maisonneuve Ouest, 3<sup>e</sup> étage

Bureau de Québec  
1125, Grande Allée Ouest, rez-de-chaussée

Le formulaire ne peut être envoyé ni par Internet, ni par courrier électronique, ni par télécopieur.

## **Pour plus d'information**

Si vous avez des questions relatives à votre demande de révision ou si vous désirez obtenir un nouveau formulaire, vous pouvez consulter le site Internet de la Régie ([www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)) sous les rubriques « Assurance médicaments » ou « Formulaires » ou téléphoner à l'un des numéros suivants :

Bureau de Montréal  
Tél. : 514 864-3411

Bureau de Québec  
Tél. : 418 646-4636

Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749

**IMPORTANT :** Avant de remplir ce formulaire, veuillez prendre connaissance du guide. Il donne le sens de certaines des expressions utilisées et il vous aidera à remplir adéquatement votre demande de révision.

Les personnes de 18 à 25 ans inclusivement, aux études à temps plein, sans conjoint, qui désirent contester une décision doivent, en plus de faire remplir la présente déclaration par un de leurs parents, remplir la *Déclaration d'une personne âgée de 18 à 25 ans, aux études à temps plein, sans conjoint, réclamant le statut d'enfant*.

**Renseignements sur le demandeur**

Nom de famille à la naissance			Prénom		
Date de naissance		Sexe	Numéro d'assurance maladie		Numéro d'assurance sociale
Année	Mois	Jour	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Adresse (numéro, rue)					Appartement
Ville		Code postal	Téléphone au domicile Ind. régional		Téléphone au travail Ind. régional
Période d'admissibilité contestée:			Numéro de la décision contestée		
Date de début:		Date de fin:			
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Statut matrimonial actuel :			Depuis le :		
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait	<input type="checkbox"/> Divorcé	<input type="checkbox"/> Séparé	<input type="checkbox"/> Veuf
Si vous avez un conjoint (ou un conjoint de fait) actuellement, quel a été votre premier jour de cohabitation?			Nom de famille de votre conjoint actuel		Prénom
Année	Mois	Jour	Date de naissance		Numéro d'assurance maladie
			Année	Mois	Jour

**Section A RAISONS DE LA DEMANDE**

--

**RENSEIGNEMENTS SERVANT À ÉTABLIR VOTRE SITUATION PENDANT LA PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ CONTESTÉE**

**Section B Emplois ancien(s) et actuel(s)** (Annexez une lettre de chaque employeur fournissant les renseignements nommés dans le guide, section B, encadré.)

Employeur (nom de l'entreprise ou de l'organisme)					Téléphone Ind. régional			
Titre de l'emploi, de la profession ou de l'occupation habituelle					Période d'emploi			
					Du	Année Mois Jour	au	Année Mois Jour
Cet employeur ou votre syndicat offrait-il un régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base?								
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Y étiez-vous admissible?	<input type="checkbox"/> Non	Expliquez pourquoi				
			<input type="checkbox"/> Oui	Pendant quelle période?	Du	Année Mois Jour	au	Année Mois Jour
				À quel type de couverture avez-vous adhéré?	<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Monoparentale	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas adhéré
Nom de la compagnie d'assurance					N° de certificat (ou identifiant)		N° de la police (ou du contrat)	

Employeur (nom de l'entreprise ou de l'organisme)					Téléphone Ind. régional			
Titre de l'emploi, de la profession ou de l'occupation habituelle					Période d'emploi			
					Du	Année Mois Jour	au	Année Mois Jour
Cet employeur ou votre syndicat offrait-il un régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base?								
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Y étiez-vous admissible?	<input type="checkbox"/> Non	Expliquez pourquoi				
			<input type="checkbox"/> Oui	Pendant quelle période?	Du	Année Mois Jour	au	Année Mois Jour
				À quel type de couverture avez-vous adhéré?	<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Monoparentale	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas adhéré
Nom de la compagnie d'assurance					N° de certificat (ou identifiant)		N° de la police (ou du contrat)	

## Périodes sans emploi

Du	Année	Mois	Jour	au	Année	Mois	Jour	Précisez :

## Section C APPARTENANCE À UNE ASSOCIATION OU À UN ORDRE PROFESSIONNELS

Pendant la période d'admissibilité contestée, étiez-vous membre d'une association ou d'un ordre professionnels?

Non ➔ Passez à la section suivante.
  Oui ➔ Date d'admission
 

Année	Mois	Jour

 Date de démission, de suspension ou de radiation
 

Année	Mois	Jour

Nom de l'association ou de l'ordre professionnels (Si vous êtes membre de plus d'un groupement, veuillez en fournir la liste sur une autre feuille.)

Numéro de membre ou de permis

L'un des groupements auxquels vous adhérez offrait-il un régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base?

Non  Oui ➔ Y étiez-vous admissible?
  Non ➔ Expliquez pourquoi .....

Oui ➔ Pendant quelle période? Du
 

Année	Mois	Jour

 au
 

Année	Mois	Jour

À quel type de couverture avez-vous adhéré? ➔

Familiale
  Individuelle
  Monoparentale
  Je n'ai pas adhéré

Nom de la compagnie d'assurance

N° de certificat (ou identifiant)

N° de la police (ou du contrat)

## Section D RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT PENDANT LA PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ CONTESTÉE

Aviez-vous un conjoint durant la période d'admissibilité contestée?
  Non ➔ Passez à la section suivante.
  Oui ➔ Veuillez lui faire remplir la *Déclaration du conjoint du demandeur pendant la période d'admissibilité contestée.*

Nom de famille à la naissance

Prénom

Si vous étiez mariés ou en union civile, depuis quand l'étiez-vous?
 

Année	Mois	Jour

 Si vous étiez conjoints de fait, quel a été votre premier jour de cohabitation?
 

Année	Mois	Jour

 S'il y a eu rupture de votre union, quand a-t-elle eu lieu?
 

Année	Mois	Jour

Numéro d'assurance maladie du conjoint

Numéro d'assurance sociale du conjoint

Date de naissance du conjoint

Cette personne était-elle admissible à un régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base en raison de son emploi ou de sa profession?
  Non  Oui ➔ Y a-t-elle adhéré?
  Non  Oui ➔ Avez-vous été couvert par l'assurance de votre conjoint?
  Non  Oui ➔ Du
 

Année	Mois	Jour

 au
 

Année	Mois	Jour

## RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS MINEURS ET CEUX ÂGÉS DE 18 À 25 ANS AUX ÉTUDES À TEMPS PLEIN, SANS CONJOINT, PENDANT LA PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ CONTESTÉE

### Section E

Si votre enfant n'habite pas avec vous ou qu'il est en garde partagée, indiquez-le à droite, dans la colonne « Commentaires ».

	Nom	Prénom	Date de naissance	Commentaires						
1			<table style="display: inline-table; border: 1px solid black; margin-left: 5px;"> <tr><td style="width: 15%;">Année</td><td style="width: 15%;">Mois</td><td style="width: 15%;">Jour</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Année	Mois	Jour				
Année	Mois	Jour								
2			<table style="display: inline-table; border: 1px solid black; margin-left: 5px;"> <tr><td style="width: 15%;">Année</td><td style="width: 15%;">Mois</td><td style="width: 15%;">Jour</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Année	Mois	Jour				
Année	Mois	Jour								
3			<table style="display: inline-table; border: 1px solid black; margin-left: 5px;"> <tr><td style="width: 15%;">Année</td><td style="width: 15%;">Mois</td><td style="width: 15%;">Jour</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Année	Mois	Jour				
Année	Mois	Jour								

## Section F DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets, et je sais qu'en les donnant, je fais une déclaration au sens de l'article 81 de la Loi sur l'assurance médicaments<sup>(1)</sup>.

**SIGNATURE**

**X**

Date

Année Mois Jour

J'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à communiquer avec mes employeurs anciens et actuels, les syndicats, ordres professionnels, associations ou groupements dont je suis ou ai été membre ainsi que les gestionnaires de régimes d'avantages sociaux ou les assureurs concernés pour recueillir les seuls renseignements nécessaires à la détermination de mon admissibilité au régime public d'assurance médicaments.

**SIGNATURE**

**X**

Date

Année Mois Jour

<sup>(1)</sup> 81. Commet une infraction et est passible d'une amende d'au moins 100 \$ et d'au plus 1 000 \$ toute personne qui fait une déclaration alors qu'elle sait ou aurait dû savoir qu'elle est incomplète ou qu'elle contient un renseignement faux ou trompeur ou qui transmet un document incomplet ou contenant un tel renseignement en vue :

1) d'obtenir un service pharmaceutique ou un médicament auquel elle n'a pas droit;

2) de recevoir un paiement ou un remboursement qui ne peut pas lui être accordé ou qui est supérieur à celui qui peut lui être accordé (L. R. Q., c. A-29.01, art. 81).

**IMPORTANT :** Avant de remplir cette déclaration, veuillez prendre connaissance du guide. Il donne le sens de certaines des expressions utilisées et il vous aidera à remplir adéquatement votre demande de révision.

**Renseignements sur le conjoint**

Nom de famille à la naissance		Prénom	
Date de naissance Année Mois Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numéro d'assurance maladie	Numéro d'assurance sociale
Adresse (numéro, rue) <input type="checkbox"/> Même que le demandeur			Appartement
Ville	Code postal	Téléphone au domicile Ind. régional	Téléphone au travail Ind. régional

**RENSEIGNEMENTS SERVANT À ÉTABLIR VOTRE SITUATION PENDANT LA PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ CONTESTÉE**

**Emplois ancien(s) et actuel(s)** (Annexez une lettre de chaque employeur fournissant les renseignements nommés dans le guide, **section B**, encadré.)

Employeur (nom de l'entreprise ou de l'organisme)		Téléphone Ind. régional	
Titre de l'emploi, de la profession ou de l'occupation habituelle		Période d'emploi Du Année Mois Jour au Année Mois Jour	
Cet employeur ou votre syndicat offrait-il un régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base?			
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Y étiez-vous admissible? <input type="checkbox"/> Non Expliquez pourquoi .....	
	<input type="checkbox"/> Oui	Pendant quelle période? Du Année Mois Jour au Année Mois Jour	
		À quel type de couverture avez-vous adhéré? <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Je n'ai pas adhéré	
Nom de la compagnie d'assurance		N° de certificat (ou identifiant)	N° de la police (ou du contrat)

Employeur (nom de l'entreprise ou de l'organisme)		Téléphone Ind. régional	
Titre de l'emploi, de la profession ou de l'occupation habituelle		Période d'emploi Du Année Mois Jour au Année Mois Jour	
Cet employeur ou votre syndicat offrait-il un régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base?			
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Y étiez-vous admissible? <input type="checkbox"/> Non Expliquez pourquoi .....	
	<input type="checkbox"/> Oui	Pendant quelle période? Du Année Mois Jour au Année Mois Jour	
		À quel type de couverture avez-vous adhéré? <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Je n'ai pas adhéré	
Nom de la compagnie d'assurance		N° de certificat (ou identifiant)	N° de la police (ou du contrat)

**Périodes sans emploi**

Du	Année Mois Jour	au	Année Mois Jour	Précisez :
Du	Année Mois Jour	au	Année Mois Jour	Précisez :
Du	Année Mois Jour	au	Année Mois Jour	Précisez :

## APPARTENANCE À UNE ASSOCIATION OU À UN ORDRE PROFESSIONNELS

Pendant la période d'admissibilité contestée, étiez-vous membre d'une association ou d'un ordre professionnels?

<input type="checkbox"/> Non ➤ Passez à la section suivante.	<input type="checkbox"/> Oui ➤	Date d'admission	Année	Mois	Jour	Date de démission, de suspension ou de radiation	Année	Mois	Jour
--------------------------------------------------------------	--------------------------------	------------------	-------	------	------	--------------------------------------------------	-------	------	------

Nom de l'association ou de l'ordre professionnels (Si vous êtes membre de plus d'un groupement, veuillez en fournir la liste sur une autre feuille.)	Numéro de membre ou de permis

L'un des groupements auxquels vous adhérez offrait-il un régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base?

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	➤ Y étiez-vous admissible?	<input type="checkbox"/> Non	➤ Expliquez pourquoi							
➤ Passez à la section suivante.	<b>Veillez fournir une lettre de votre association ou de votre ordre.</b>	<input type="checkbox"/> Oui ➤	Pendant quelle période?	Du	Année	Mois	Jour	au	Année	Mois	Jour
			➤ À quel type de couverture avez-vous adhéré?	<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Monoparentale	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas adhéré				

Nom de la compagnie d'assurance	N° de certificat (ou identifiant)	N° de la police (ou du contrat)

### Déclaration et autorisation du conjoint

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets, et je sais qu'en les donnant, je fais une déclaration au sens de l'article 81 de la Loi sur l'assurance médicaments<sup>(1)</sup>.

<b>SIGNATURE</b>	Date
<b>X</b>	Année      Mois      Jour

J'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à communiquer avec mes employeurs anciens et actuels, les syndicats, ordres professionnels, associations ou groupements dont je suis ou ai été membre ainsi que les gestionnaires de régimes d'avantages sociaux ou les assureurs concernés pour recueillir les seuls renseignements nécessaires à la détermination de mon admissibilité au régime public d'assurance médicaments.

<b>SIGNATURE</b>	Date
<b>X</b>	Année      Mois      Jour

<sup>(1)</sup> 81. Commet une infraction et est passible d'une amende d'au moins 100 \$ et d'au plus 1 000 \$ toute personne qui fait une déclaration alors qu'elle sait ou aurait dû savoir qu'elle est incomplète ou qu'elle contient un renseignement faux ou trompeur ou qui transmet un document incomplet ou contenant un tel renseignement en vue :

- 1) d'obtenir un service pharmaceutique ou un médicament auquel elle n'a pas droit;
- 2) de recevoir un paiement ou un remboursement qui ne peut pas lui être accordé ou qui est supérieur à celui qui peut lui être accordé (L. R. Q., c. A-29.01, art. 81).

**Déclaration d'une personne âgée de  
18 à 25 ans, aux études à temps plein,  
sans conjoint, réclamant le statut d'enfant**  
Régime public d'assurance médicaments

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

**IMPORTANT :** Avant de remplir ce formulaire, veuillez prendre connaissance du guide. Il donne le sens de certaines des expressions utilisées et il vous aidera à remplir adéquatement votre demande de révision.

**Renseignements sur la personne âgée de 18 à 25 ans**

Nom de famille à la naissance		Prénom	
Date de naissance Année Mois Jour		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numéro d'assurance maladie
Numéro d'assurance sociale		Adresse (numéro, rue) <input type="checkbox"/> Même que le demandeur	
Appartement		Ville	Code postal
Téléphone au domicile Ind. régional		Téléphone au travail Ind. régional	
Statut matrimonial actuel : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf		Depuis le : Année Mois Jour	
Si vous avez un conjoint (ou un conjoint de fait) actuellement, quel a été votre premier jour de cohabitation?		Nom de famille de votre conjoint actuel	
Prénom		Année Mois Jour	
Année Mois Jour		Date de naissance Année Mois Jour	Numéro d'assurance maladie
Numéro d'assurance sociale		Un enfant est-il issu de cette union? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Date de naissance : Année Mois Jour		Nom	
Prénom		Votre conjoint est-il admissible à un régime collectif d'assurance comportant la couverture de médicaments de base en raison de son emploi ou de sa profession? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Pendant quelle période? Du Année Mois Jour au Année Mois Jour		À quel type de couverture a-t-il adhéré? <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Il n'a pas adhéré	
Étes-vous couvert par l'assurance de votre conjoint? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Pendant quelle période? Du Année Mois Jour au Année Mois Jour	
Nom de son employeur		Téléphone Ind. régional	Date de début d'emploi Année Mois Jour
		Date de fin d'emploi Année Mois Jour	

**Section A RAISONS QUI VOUS MOTIVENT À RÉCLAMER LE STATUT D'ENFANT ÂGÉ DE 18 À 25 ANS**

**RENSEIGNEMENTS SERVANT À ÉTABLIR VOTRE SITUATION PENDANT LA PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ CONTESTÉE**

**Section B Études** (Veuillez joindre une attestation officielle de fréquentation scolaire délivrée par votre établissement d'enseignement.)

Nom de l'établissement d'enseignement	Période d'études à temps plein Du Année Mois Jour au Année Mois Jour
Nom de l'établissement d'enseignement	Période d'études à temps plein Du Année Mois Jour au Année Mois Jour
Nom de l'établissement d'enseignement	Période d'études à temps plein Du Année Mois Jour au Année Mois Jour



**RENSEIGNEMENTS SERVANT À ÉTABLIR VOTRE SITUATION PENDANT LA PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ CONTESTÉE**  
**Conjoint**

**1** Aviez-vous un conjoint durant la période d'admissibilité contestée?

Non ► Passez à la section suivante.  Oui

**S'il s'agit du même conjoint que décrit antérieurement, passez au point 4.**

Nom de famille à la naissance	Prénom
Numéro d'assurance maladie	Numéro d'assurance sociale
Date de naissance	
Année    Mois    Jour	

**2** Si vous étiez mariés ou en union civile, depuis quand l'étiez-vous?    Année    Mois    Jour

Si vous étiez conjoints de fait, quel a été votre premier jour de cohabitation?    Année    Mois    Jour

S'il y a eu rupture de votre union, quand a-t-elle eu lieu?    Année    Mois    Jour

Un enfant est-il issu de cette union?  Non  Oui

Nom	Prénom	Date de naissance
		Année    Mois    Jour

**3** Ce conjoint était-il admissible à un régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base en raison de son emploi de son ordre ou association professionnels?  Non  Oui

Pendant quelle période? Du    Année    Mois    Jour    au    Année    Mois    Jour

À quel type de couverture a-t-il adhéré?  Familiale  Individuelle  Monoparentale  Il n'a pas adhéré

**4** Nom de l'employeur du conjoint

Téléphone Ind. régional

Titre de l'emploi, de la profession ou de l'occupation habituelle

Nom de l'association ou de l'ordre professionnels

Numéro de membre ou de permis

**Emplois ancien(s) et actuel(s)** (Veuillez annexer une lettre de chaque employeur fournissant les renseignements nommés dans le guide, **section B**, encadré.)

Employeur (nom de l'entreprise ou de l'organisme)	Téléphone Ind. régional
Titre de l'emploi, de la profession ou de l'occupation habituelle	Période d'emploi Du    Année    Mois    Jour    au    Année    Mois    Jour
Cet employeur ou votre syndicat offrait-il un régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ► Y étiez-vous admissible? <input type="checkbox"/> Non ► Expliquez pourquoi ..... <input type="checkbox"/> Oui ► Pendant quelle période? Du    Année    Mois    Jour    au    Année    Mois    Jour	
À quel type de couverture avez-vous adhéré? <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Il n'a pas adhéré	
Nom de la compagnie d'assurance	N° de certificat (ou identifiant)    N° de la police (ou du contrat)

## Emplois ancien(s) et actuel(s) (suite)

Employeur (nom de l'entreprise ou de l'organisme)							Téléphone Ind. régional					
Titre de l'emploi, de la profession ou de l'occupation habituelle					Période d'emploi							
					Du	Année	Mois	Jour	au	Année	Mois	Jour
Cet employeur ou votre syndicat offrait-il un régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base?												
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Y étiez-vous admissible?	<input type="checkbox"/> Non	Expliquez pourquoi .....								
			<input type="checkbox"/> Oui	Pendant quelle période?	Du	Année	Mois	Jour	au	Année	Mois	Jour
				À quel type de couverture avez-vous adhéré?	<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Monoparentale	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas adhéré				
Nom de la compagnie d'assurance							N° de certificat (ou identifiant)			N° de la police (ou du contrat)		

## Section C APPARTENANCE À UNE ASSOCIATION OU À UN ORDRE PROFESSIONNELS

Pendant la période d'admissibilité contestée, étiez-vous membre d'une association ou d'un ordre professionnels?												
<input type="checkbox"/> Non	Passez à la section suivante.	<input type="checkbox"/> Oui	Date d'admission	Année	Mois	Jour	Date de démission, de suspension ou de radiation	Année	Mois	Jour		
Nom de l'association ou de l'ordre professionnels (Si vous êtes membre de plus d'un groupement, veuillez en fournir la liste sur une autre feuille.)							Numéro de membre ou de permis					
L'un des groupements auxquels vous adhérez offrait-il un régime collectif d'assurance comportant la couverture médicaments de base?												
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Y étiez-vous admissible?	<input type="checkbox"/> Non	Expliquez pourquoi .....								
			<input type="checkbox"/> Oui	Pendant quelle période?	Du	Année	Mois	Jour	au	Année	Mois	Jour
				À quel type de couverture avez-vous adhéré?	<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Monoparentale	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas adhéré				
Nom de la compagnie d'assurance							N° de certificat (ou identifiant)			N° de la police (ou du contrat)		

## Déclaration et autorisation

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets, et je sais qu'en les donnant, je fais une déclaration au sens de l'article 81 de la Loi sur l'assurance médicaments<sup>(1)</sup>.

SIGNATURE	Date
<b>X</b>	Année Mois Jour

J'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à communiquer avec mes employeurs anciens et actuels, les syndicats, ordres professionnels, associations ou groupements dont je suis ou ai été membre ainsi que les gestionnaires de régimes d'avantages sociaux ou les assureurs concernés pour recueillir les seuls renseignements nécessaires à la détermination de mon admissibilité au régime public d'assurance médicaments.

SIGNATURE	Date
<b>X</b>	Année Mois Jour

<sup>(1)</sup> 81. Commet une infraction et est passible d'une amende d'au moins 100 \$ et d'au plus 1 000 \$ toute personne qui fait une déclaration alors qu'elle sait ou aurait dû savoir qu'elle est incomplète ou qu'elle contient un renseignement faux ou trompeur ou qui transmet un document incomplet ou contenant un tel renseignement en vue :

- 1) d'obtenir un service pharmaceutique ou un médicament auquel elle n'a pas droit;
- 2) de recevoir un paiement ou un remboursement qui ne peut pas lui être accordé ou qui est supérieur à celui qui peut lui être accordé (L. R. Q., c. A-29.01, art. 81).

### N'oubliez pas de joindre :

- ◆ une attestation officielle de fréquentation scolaire à temps plein délivrée par votre établissement d'enseignement;
- ◆ la déclaration du demandeur principal remplie par l'un de vos parents;
- ◆ une lettre de votre association ou de votre ordre professionnels, pour vous et votre conjoint, s'il y a lieu;
- ◆ une lettre de chaque employeur, pour vous et votre conjoint, s'il y a lieu.