

Déclaration du professionnel assuré

Nom _____ Prénom _____ Numéro de permis _____

Adresse (numéro, rue, ville, province) _____ Code postal _____

Date de naissance : Année _____ Mois _____ Jour _____ Sexe M F

Numéro d'assurance maladie _____ Téléphone résidence (ind. rég.) _____ Téléphone autre (ind. rég.) _____

Date du début de l'invalidité : Année _____ Mois _____ Jour _____

Depuis votre arrêt de travail, avez-vous occupé un autre emploi? Non Oui Date de début : Année _____ Mois _____ Jour _____

Si oui, précisez la nature des tâches : _____

L'invalidité est-elle attribuable à un accident? Non Oui

Décrivez les circonstances, la date et le lieu : _____

Avez-vous déjà subi une expertise médicale relativement à votre invalidité? Non Oui

Avez-vous présenté une demande afin de bénéficier d'un programme ou d'un régime mentionné ci-dessous?

Cochez selon le cas.

	NON	SI OUI			SI REFUSÉE	
		À l'étude	Acceptée	Refusée	Avez-vous l'intention de contester cette décision? oui non	
PROGRAMME						
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
RÉGIME						
Régime de rentes du Québec (RRQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

NOTE : VEUILLEZ INCLURE UNE COPIE DE TOUTE DOCUMENTATION REÇUE DE CES ORGANISMES, INCLUANT L'AVIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS.

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et véridiques.

Signature _____ Date : Année _____ Mois _____ Jour _____

J'autorise la RAMQ à obtenir des médecins qui m'ont traité ainsi que des hôpitaux que j'ai fréquentés les renseignements relatifs à mon invalidité et les relève de leur obligation de confidentialité.

Signature _____ Date : Année _____ Mois _____ Jour _____

Veillez remplir ce formulaire et nous le retourner avec la *Demande initiale - Invalidité* (signée par votre médecin traitant) à l'adresse suivante :

Direction des affaires médicales, dentaires et optométriques (Dépôt Q044)
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3