

**IMPORTANT** : Afin de prévenir l'usurpation d'identité et de protéger vos renseignements personnels, **votre demande doit obligatoirement être accompagnée d'une copie d'un document d'identité valide avec photo et signature** (carte d'assurance maladie, permis de conduire, passeport, etc.) **et transmise par la poste ou par télécopieur**. Notez que si des renseignements obligatoires sont manquants, incomplets ou inexacts, votre demande pourrait ne pas être traitée ou son traitement pourrait être retardé.

### Section A : IDENTIFICATION

Les champs qui affichent un astérisque doivent obligatoirement être remplis.

* Nom de famille		* Prénom	
* Date de naissance AAAA // MM / JJ	* Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	* Adresse (rue, appartement)	
* Ville	* Province	* Code postal	
* Numéro de téléphone (jour) ( ) -	Numéro de téléphone (soir) ( ) -	Courriel	
* Nom de la mère à la naissance		* Prénom de la mère	
Nom du père		Prénom du père	
*Pièce d'identification : Carte d'assurance maladie	*Numéro d'assurance maladie 	* Date d'expiration AAAA / MM	

### Section B : IDENTIFICATION DU PARENT, TUTEUR, CURATEUR OU MANDATAIRE

Remplir cette section lorsque vous faites une demande au nom de la personne identifiée dans la section A. Joindre un document autorisant la communication (consentement, procuration ou décision du tribunal) si nécessaire.

Nom de famille		Prénom	
Adresse (rue, appartement)			
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone (jour) ( ) -	Lien avec la personne	Courriel	

### Section C : TYPE DE DEMANDE

Veuillez indiquer le type de renseignement à rectifier :

Médicament  Laboratoire  Imagerie médicale  Ordonnance électronique  Sommaire d'hospitalisation  Autre

Date du renseignement : AAAA / MM / JJ

Précisez votre demande en indiquant le nom de l'endroit (par exemple, la pharmacie, l'hôpital, la clinique) ainsi que le détail du renseignement à rectifier (par exemple, le nom de l'analyse, de l'examen ou du médicament) :

### Section D : SIGNATURE OBLIGATOIRE

Signature	* Date AAAA / MM / JJ
-----------	--------------------------

Veuillez retourner le formulaire accompagné d'une copie d'un document d'identité valide avec photo et signature par la poste à l'adresse suivante :

Responsable de l'accès aux documents du MSSS  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
1075, chemin Sainte-Foy, 4<sup>e</sup> étage,  
Québec (Québec), G1S 2M1  
ou par télécopieur au 418 266-7024.

Pour toute assistance à remplir le formulaire, veuillez contacter la Régie de l'assurance maladie du Québec au numéro de téléphone 418 646-4636 (région de Québec) ou 514 864-3411 (région de Montréal) ou 1 800 561-9749 (ailleurs au Québec).