

Avant de remplir ce formulaire, veuillez prendre connaissance de l'information suivante :

- Votre consentement est obligatoire pour que nous ayons accès à des renseignements relatifs à votre état de santé.
- Le rapport médical doit être rempli par votre médecin et les frais s'y rattachant sont à votre charge. Toutefois, si une expertise médicale était nécessaire, les frais de celle-ci seraient à notre charge.
- Ce formulaire, qui fait état de votre consentement et de votre condition médicale, doit nous être transmis par vous-même ou par votre médecin.

Veuillez écrire en lettres détachées.

1. Renseignements sur l'identité de la personne qui participe au régime

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale ou le numéro d'identification qui est indiqué sur votre relevé de participation.

Numéro d'assurance sociale

Numéro d'identification

1 7

Sexe Nom de famille

Prénom

 F

 M

Nom de famille à la naissance, si différent

Date de naissance

année mois jour

Adresse (numéro, rue, appartement ou case postale)

Ville

Province

Pays

Code postal

Téléphone

ind. rég.

ind. rég.

Au domicile

Autre

ind. rég.

Au travail

Poste

Langue de correspondance

Français

Anglais

2. Consentement et signature

En remplissant ce formulaire, je consens à ce que tout médecin, tout professionnel de la santé et tout établissement de santé ou de services sociaux vous communiquent les renseignements médicaux et psychosociaux pertinents qu'ils détiennent à mon sujet. Ce consentement vaut aussi pour mes employeurs et le cas échéant, pour d'autres organismes à qui j'ai fait une demande de prestations en raison de mon état de santé.

À moins d'une révocation écrite de ma part, le présent consentement demeure en vigueur, même en cas de décès, jusqu'à la décision finale de Retraite Québec. Il vise les renseignements médicaux et psychosociaux présents à mon dossier de même que ceux qui seront obtenus par la suite jusqu'à la décision finale.

J'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts.

Signature _____ Date

année	mois	jour
_	_	_

Si vous avez signé ce formulaire pour une autre personne, veuillez fournir les renseignements demandés ci-après.

Avez-vous déjà fourni une procuration ou un mandat de protection? Oui Non

Si non, veuillez joindre ce document à la demande.

Sexe	Nom de famille	Prénom	
<input type="checkbox"/> F	Adresse (numéro, rue, appartement ou case postale)		
<input type="checkbox"/> M			
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone <small>ind. rég.</small>	Poste	Télécopieur <small>ind. rég.</small>	

Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire sont nécessaires à l'étude de cette demande. Le fait de ne pas les fournir dans les sections obligatoires peut en allonger le délai de traitement ou en entraîner le rejet. Seul notre personnel autorisé a accès à ces renseignements lorsqu'ils sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions : leur communication à des tiers ne peut se faire que dans les cas prévus par la loi. La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels permet à la personne concernée par ces renseignements de les consulter et de les faire rectifier.



Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre ou via **Mon dossier.
Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.**

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous retourner ce formulaire à l'adresse suivante :
Retraite Québec, case postale 5500, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 0G9

Avis aux médecins :

- Les renseignements fournis dans ce rapport médical permettront aux médecins de Retraite Québec de déterminer si la personne qui fait l'objet de ce rapport est atteinte de cette maladie dont elle décèdera probablement d'ici deux ans, à partir de la date du dernier examen médical, selon l'état actuel des connaissances médicales.
- Ce formulaire est également disponible dans notre site Web et peut être rempli à l'écran.
- **Afin d'accélérer le traitement de la demande de prestation d'invalidité, veuillez nous retourner le plus rapidement possible ce rapport et les renseignements fournis par la personne.**

Veuillez écrire en lettres détachées.

1. Renseignements sur l'identité de la ou du médecin

Nom de famille		Prénom	
Spécialité (s'il y a lieu)			Numéro de permis (C.M.Q.)
Adresse (numéro, rue, bureau, local ou case postale)			
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone			
ind. rég.			
Au travail		Poste	
ind. rég.			
Autre			

2. Renseignements sur la personne qui demande une prestation de maladie en phase terminale d'un régime de retraite du secteur public

Numéro d'assurance sociale			
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille		Prénom
	Nom de famille à la naissance, si différent		Date de naissance
		année	mois jour

4. Périodes d'hospitalisation

Nom de l'hôpital	Dates approximatives					
	Du			Au		
	année	mois	jour	année	mois	jour
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_
	_	_	_	_	_	_

5. Autres constatations médicales

5.1 L'espérance de vie de la personne est-elle probablement inférieure à deux ans selon l'état actuel des connaissances médicales?

Oui Non

5.2 Commentaires

6. Attestation et signature de la ou du médecin

J'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts.

Signature _____ Date

année	mois	jour



Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre ou via Mon dossier. Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous retourner ce formulaire à l'adresse suivante :
Retraite Québec, case postale 5500, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 0G9