



FORMULAIRE DE REFUS OU DE MODIFICATION DU REFUS

Avant de remplir ce formulaire, veuillez lire attentivement les informations présentées à l'endos.

Notez que si des renseignements obligatoires sont manquants, incomplets ou inexacts, votre demande pourrait ne pas être traitée ou son traitement pourrait être retardé.

SACHANT QUE :

- je suis entièrement libre de participer ou non au DSQ ;
- mon refus de participer ne nuira aucunement à mon droit à recevoir les soins et les services requis par mon état de santé ;
- je pourrai, en tout temps, changer ma décision et accepter de participer au DSQ.

**VEUILLEZ FAIRE PARVENIR
CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI
À L'ADRESSE SUIVANTE :**

DOSSIER SANTÉ QUÉBEC
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Case postale 70950, Succursale Québec-Centre
Québec (Québec) G2J 0C2

Veillez prévoir 5 jours ouvrables pour le traitement de votre demande.

SECTION À COMPLÉTER

Inscrire **EN LETTRES MOULÉES** les informations demandées **telles qu'elles apparaissent sur votre carte d'assurance maladie.**

je refuse de participer au DSQ

indéfiniment ou

jusqu'à la date suivante:

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

date

OU

j'annule mon refus:
je participe désormais au DSQ

Nom de la personne visée par le refus (obligatoire)

Prénom de la personne visée par le refus (obligatoire)

Numéro d'assurance maladie (obligatoire)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date d'expiration (obligatoire)

A	A	A	A	M	M
---	---	---	---	---	---

Nom de la mère à sa naissance (obligatoire)

Prénom de la mère à sa naissance (obligatoire)

Nom et prénom de la personne faisant la demande si différente de la personne visée par le refus

Numéro de téléphone (jour) (obligatoire) Poste

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lien avec la personne visée par le refus, s'il y a lieu

Signature (demandeur ou représentant légal) (obligatoire)

Motif du refus (facultatif)

INFORMATIONS UTILES

VOUS N'AVEZ RIEN À FAIRE POUR PARTICIPER AU DSQ.

VOUS AVEZ LE DROIT DE REFUSER L'ACCÈS À VOS RENSEIGNEMENTS

Le DSQ est utile aux médecins et aux professionnels de la santé, mais vous pouvez refuser d'y participer.

Votre refus aura pour effet de rendre vos renseignements inaccessibles.

Malgré votre refus, des renseignements vous concernant seront collectés par le DSQ.

Sous certaines conditions, ces renseignements pourront être utilisés à des fins d'analyse et de recherche sans qu'il soit possible de relier ces renseignements à vous-même ou à toute autre personne en particulier.

Quelle que soit votre décision, vous recevrez toujours les soins et les services de santé dont vous avez besoin.

LE REFUS DES MINEURS ET DES MAJEURS INAPTES

Dans le cas d'un enfant de moins de 14 ans, c'est l'un de ses parents (ou son tuteur légal ou tout autre détenteur de l'autorité parentale) qui devra exprimer le refus.

Dans le cas d'une personne majeure inapte et sous protection juridique, c'est son représentant légal (curateur ou mandataire) qui devra faire la démarche, le cas échéant.

DATE DE FIN À VOTRE REFUS

En refusant, vous avez la possibilité d'indiquer une date de fin à votre refus.

Si vous indiquez une date de fin, seuls les renseignements collectés après cette date pourront être consultés.

Si vous n'indiquez pas de date de fin, votre refus sera d'une durée indéfinie.

DROIT DE CHANGER DE DÉCISION

En tout temps, vous pourrez annuler votre refus ou, au contraire, arrêter de participer au DSQ en exprimant votre refus. Si vous avez refusé, vous pourrez aussi, en tout temps, ajouter une date de fin ou modifier celle indiquée au départ.

TROIS FAÇONS D'EXPRIMER VOTRE REFUS OU VOTRE CHANGEMENT DE DÉCISION

► **Assurez-vous d'avoir votre carte d'assurance maladie en main.**

- par Internet, remplissez le formulaire de refus sécurisé sur le site <https://refus.dossierdesante.gouv.qc.ca>
- par téléphone, communiquez avec Services Québec au **514 644-4545**, au **418 644-4545** ou au **1 877 644-4545** (sans frais). Pour les personnes malentendantes ou muettes (ATS, sans frais) : **1 800 361-9596**.
- par la poste, remplissez le formulaire présenté à l'endos et retournez-le à l'adresse indiquée.

CONFIRMATION DE RÉCEPTION DE VOTRE DEMANDE

Vous recevrez un numéro de confirmation sur-le-champ si vous exprimez votre refus par Internet ou par téléphone. Si vous manifestez votre refus par la poste, une confirmation écrite vous sera postée à votre dernière adresse connue à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ), et ce, dans les jours suivant le traitement de votre demande.

FORMULAIRES DE REFUS

Pour obtenir des formulaires de refus supplémentaires :

- photocopiez celui-ci ;
- allez sur le site Web www.dossierdesante.gouv.qc.ca, téléchargez le document et imprimez-le ;
- commandez par téléphone, à **Services Québec** (voir coordonnées plus bas).

Pour en savoir plus sur le **DSQ** et sur vos droits, veuillez consulter le site Web www.dossierdesante.gouv.qc.ca ou communiquer avec Services Québec au **514 644-4545**, au **418 644-4545** ou au **1 877 644-4545** (sans frais). Pour les personnes malentendantes ou muettes (ATS, sans frais) : **1 800 361-9596**.

An English copy of this document is available in PDF format at www.dossierdesante.gouv.qc.ca or by calling Services Québec number at **514 644-4545**, at **418 644-4545** or at **1 877 644-4545** (toll free number).

For persons with a hearing or speech impairment (TTY, toll free): **1 800 361-9596**.