

## RENSEIGNEMENTS SUR LE CABINET D'OPTOMÉTRIE

### SITUATION

<input type="checkbox"/> OUVERTURE	<input type="checkbox"/> FERMETURE	<input type="checkbox"/> CHANGEMENT D'ADRESSE	<input type="checkbox"/> ACHAT D'UN CABINET DÉJÀ EXISTANT	
DATE ANNÉE   MOIS   JOUR	<input type="checkbox"/> MODIFICATION (Spécifier la nature) : .....			DATE EFFECTIVE ANNÉE   MOIS   JOUR

### IDENTIFICATION

CABINET	NOM / RAISON SOCIALE	NUMÉRO DU CABINET FOURNI PAR LA RÉGIE (SI DISPONIBLE)
OPTOMÉTRISTE	NOM DE L'OPTOMÉTRISTE OU DU RESPONSABLE DU CABINET D'OPTOMÉTRIE	NUMÉRO

### ADRESSE DU CABINET

NUMÉRO	RUE	BUREAU
LOCALITÉ	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE IND. RÉG.
		TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.

Veuillez retourner dans les meilleurs délais à :

**Régie de l'assurance maladie du Québec**  
 Service de l'admissibilité et de la révision  
 Case postale 500  
 Québec (Québec) G1K 7B4  
 Télécopieur : (418) 646-8110

SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DU RESPONSABLE DU CABINET D'OPTOMÉTRIE	DATE ANNÉE   MOIS   JOUR
---	-----------------------------

NO DE LETTRE	DATE DU TRAITEMENT ANNÉE   MOIS   JOUR	COMMENTAIRES	INITIALES
--------------	---	--------------	-----------