

Ce changement d'adresses s'applique à :

mon compte **personnel** (identifié seulement par mon numéro de professionnel ou de dispensateur)

mon ou mes comptes administratifs **individuels**, portant le ou les numéros ci-après :

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

Identification

NOM ET PRÉNOM DU PROFESSIONNEL OU DU DISPENSATEUR	NUMÉRO

Adresse du principal lieu de pratique

Veuillez noter que l'adresse de pratique à indiquer ci-contre pourra être communiquée par la Régie à des tiers sans votre consentement.

	NOM DE LA CLINIQUE OU DE L'ÉTABLISSEMENT			
	NUMÉRO	RUE	BUREAU	
	MUNICIPALITÉ			
DATE D'EFFET DE LA MODIFICATION	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	POSTE
ANNÉE				
MOIS				
JOUR				

Adresse d'envoi de la correspondance (lettres, communiqués, mises à jour de manuel, etc.)

Même que celle de pratique

Autre. Précisez

	NOM DE LA CLINIQUE OU DE L'ÉTABLISSEMENT (S'IL Y A LIEU)			
	NUMÉRO	RUE	BUREAU	
	MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
DATE D'EFFET DE LA MODIFICATION	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR	ADRESSE DE COURRIEL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	POSTE
ANNÉE				
MOIS				
JOUR				

Adresse d'envoi du paiement (Ne pas remplir si vous êtes payé par dépôt direct et si vous désirez continuer de l'être)

Même que celle de pratique

Même que celle de correspondance

Autre. Précisez

	NOM DE LA CLINIQUE OU DE L'ÉTABLISSEMENT (S'IL Y A LIEU)			
	NUMÉRO	RUE	BUREAU	
	MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
DATE D'EFFET DE LA MODIFICATION				
ANNÉE				
MOIS				
JOUR				

Adresse d'envoi de l'état de compte (Ne pas remplir si vous recevez TOUS vos états de compte par télécommunication)

Même que celle de pratique

Même que celle de correspondance

Même que celle du paiement

Autre. Précisez

	NOM DE LA CLINIQUE OU DE L'ÉTABLISSEMENT (S'IL Y A LIEU)			
	NUMÉRO	RUE	BUREAU	
	MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
DATE D'EFFET DE LA MODIFICATION				
ANNÉE				
MOIS				
JOUR				

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DISPENSATEUR OU SIGNATAIRE AUTORISÉ	DATE
	ANNÉE
	MOIS
	JOUR

Vous pouvez retourner ce formulaire,

par télécopieur au : (418) 646-8110

ou par courrier à l'adresse ci-dessous :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et de l'inscription des professionnels
Case postale 15000
Québec (Québec) G1K 9H9