

Tout professionnel de la santé est tenu de retourner L'ORIGINAL du présent formulaire dûment rempli et signé conformément au Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie.

Identité du professionnel de la santé

Prénom		Nom de famille									
Sexe M F	Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR		Numéro d'assurance sociale								

Numéro de permis délivré par votre ordre ou corporation professionnel (si disponible).

Numéro de résident (s'il y a lieu)

Adresse du lieu de pratique

Veillez noter que la Régie pourra communiquer cette adresse à des tiers sans votre consentement.

NOM / RAISON SOCIALE	
NUMÉRO	RUE
MUNICIPALITÉ	
PROVINCE	CODE POSTAL

Désirez-vous recevoir votre **correspondance** à la même adresse? oui non (remplir la section suivante).

Adresse de correspondance (s'il y a lieu)

NOM / RAISON SOCIALE		À L'ATTENTION DE	
NUMÉRO	RUE	NUMÉRO DU BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL

Païement et envoi des états de compte

Aux fins du paiement, veuillez annexer le formulaire *Autorisation de paiement par dépôt direct* dûment rempli selon les règles régissant ce type de paiement.

Si vous utilisez le mode de facturation informatisée, vos états de compte vous seront retournés par télécommunication. Dans le cas contraire, ils seront acheminés à l'adresse de correspondance.

Autres coordonnées

TÉLÉPHONES		TÉLÉCOPIEUR
IND. REGIONAL	IND. REGIONAL	IND. REGIONAL
ADRESSE INTERNET		

Note : Les télécopies ne sont pas acceptées

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et de la révision
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4

Je, soussigné, m'engage à exercer ma profession dans le cadre du régime institué par la Loi sur l'assurance maladie.

SIGNATURE

DATE
ANNÉE MOIS JOUR