Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Renseignements sur le professionnel de la santé

PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

DATE DE NAISSANCE
ANNÉE MOIS JOUR

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

Le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour les professionnels de la santé rémunérés à honoraires fixes (salariat).

NUMÉRO DE PERMIS DÉLIVRÉ PAR VOTRE ASSOCIATION OU ORDRE PROFESSIONNEL
(SI DISPONIBLE)

NUMÉRO DE RÉSIDENT
(S'IL Y A LIEU)

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR

ADRESSE COURRIEL

Adresse du lieu de pratique

Veuillez noter que nous pourrons communiquer cette adresse à des tiers sans votre consentement.

NOM OU RAISON SOCIALE

NUMÉRO RUE NUMÉRO DU BUREAU

MUNICIPALITÉ

PROVINCE CODE POSTAL

Désirez-vous recevoir votre **correspondance** à la même adresse? ☐ Oui ☐ Non (remplissez la section suivante)

Adresse de correspondance (s'il y a lieu)

NOM OU RAISON SOCIALE

À L'ATTENTION DE

NUMÉRO RUE NUMÉRO DU BUREAU

MUNICIPALITÉ

PROVINCE CODE POSTAL

Paiement et envoi des états de compte

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

Si vous utilisez la facturation informatisée, vos états de compte pourraient vous être retournés par télécommunication. Dans le cas contraire, ils seront acheminés dans votre messagerie sécurisée.

Signature

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

SIGNATURE

DATE
ANNÉE MOIS JOUR

Veuillez nous transmettre ce formulaire rempli par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3