



Je soussigné,
(prénom et nom du professionnel de la santé)

exerçant ma profession au
(numéro) (rue)

.....
(ville) (province) (code postal)

demande à adhérer au régime d'assurance maladie du Québec, à compter du
date

Je m'engage à :

1. Soumettre toutes mes demandes de paiement en utilisant les formulaires prescrits, pour tous les services assurés que je rendrai hors du Québec aux résidents du Québec, en conformité avec les tarifs prévus à toute entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la fédération ou l'association de professionnels concernée;
2. Respecter toutes les dispositions de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29), de ses règlements ainsi que de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5), notamment de n'exiger ni ne recevoir de quiconque quelque autre paiement que celui qui est payable par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour les services assurés que je fournirai à un résident du Québec;
3. Joindre à cette demande les formulaires *Attestation du droit d'exercice (3035)* et *Demande d'inscription du professionnel de la santé (3003)*.

J'exerce la profession de
(omnipraticien / spécialiste / dentiste / pharmacien / optométriste / spécialiste en chirurgie buccale)

Je reconnais que la Régie et moi-même pouvons, en tout temps, mettre fin à cette adhésion en expédiant l'une à l'autre partie un avis écrit à cet effet. L'adresse de la Régie paraît dans la présente demande et mon adresse est mentionnée ci-dessus.

..... /

numéro de licence signature du professionnel de la santé date

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