

CHANGEMENT D'ADRESSE
Professionnels de la santé
Dispensateurs de services assurés

Comptes auxquels s'appliquent le changement d'adresse :

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

Le ou les comptes **administratifs individuels**, portant le ou les numéros suivants :

--	--	--	--	--

Identification

NUMÉRO	NOM ET PRÉNOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU DU DISPENSATEUR DE SERVICES ASSURÉS

Adresse du lieu principal de pratique

Cette adresse peut être communiquée à des tiers sans votre consentement.

ENTRÉE EN VIGUEUR ANNÉE MOIS JOUR	NOM DE LA CLINIQUE OU DE L'ÉTABLISSEMENT		
	NUMÉRO	RUE	BUREAU OU APP.
	VILLE, VILLAGE OU MUNICIPALITÉ		
PROVINCE		CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. POSTE

Adresse de correspondance (lettres, communiqués, mises à jour de manuel, etc.)

<input type="checkbox"/> Même adresse que celle du lieu principal de pratique <input type="checkbox"/> Autre. Précisez	NOM DE LA CLINIQUE OU DE L'ÉTABLISSEMENT (S'IL Y A LIEU)		
	NUMÉRO	RUE	BUREAU OU APP.
ENTRÉE EN VIGUEUR ANNÉE MOIS JOUR	VILLE, VILLAGE OU MUNICIPALITÉ		PROVINCE
	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR		ADRESSE DE COURRIEL
			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. POSTE

Adresse de paiement (Ne pas remplir si vous êtes payé par virement bancaire et si vous désirez continuer de l'être)

Même adresse que celle : <input type="checkbox"/> Du lieu principal de pratique <input type="checkbox"/> De correspondance <input type="checkbox"/> Autre. Précisez	NOM DE LA CLINIQUE OU DE L'ÉTABLISSEMENT (S'IL Y A LIEU)		
	NUMÉRO	RUE	BUREAU OU APP.
ENTRÉE EN VIGUEUR ANNÉE MOIS JOUR	VILLE, VILLAGE OU MUNICIPALITÉ		PROVINCE
	CODE POSTAL		

Adresse de réception de l'état de compte (Ne pas remplir si vous recevez tous vos états de compte par télécommunication)

Même adresse que celle : <input type="checkbox"/> Du lieu principal de pratique <input type="checkbox"/> De correspondance <input type="checkbox"/> Du paiement <input type="checkbox"/> Autre. Précisez	NOM DE LA CLINIQUE OU DE L'ÉTABLISSEMENT (S'IL Y A LIEU)		
	NUMÉRO	RUE	BUREAU OU APP.
ENTRÉE EN VIGUEUR ANNÉE MOIS JOUR	VILLE, VILLAGE OU MUNICIPALITÉ		PROVINCE
	CODE POSTAL		

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

Envoyez ce formulaire à la RAMQ
par la poste
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

ou par télécopieur : 418 646-8110

GUIDE DE REMPLISSAGE

COMPTES AUXQUELS S'APPLIQUE CE CHANGEMENT D'ADRESSE

Votre compte personnel

Celui-ci correspond à votre numéro de professionnel ou de dispensateur.

Le ou les comptes administratifs

Le numéro de compte administratif est composé de cinq chiffres.

IDENTIFICATION

Numéro de professionnel ou de dispensateur

Le numéro de professionnel ou de dispensateur est composé de six chiffres suivis d'un septième chiffre valideur (facultatif).

ADRESSES À MODIFIER

Nom de la clinique ou de l'établissement

Inscrire le nom de votre établissement principal de pratique (s'il y a lieu).

Rue

Le nom de la rue (rue, boulevard, avenue, chemin, etc....)

Ville, village ou municipalité

Inscrire le nom de votre ville, village ou municipalité en toutes lettres, sans abréviation, dans sa forme officielle.

Entrée en vigueur du changement d'adresse

Inscrire la date où le changement d'adresse entre en vigueur.

Même adresse que celle :

Cette option permet d'appliquer le changement à plusieurs adresses, ce qui vous évite d'avoir à donner pour chacune d'elles les mêmes informations.

AUTORISATION

La signature du professionnel ou du dispensateur ou signataire autorisé est obligatoire.