

1. Situation

<input type="checkbox"/> Inscription d'un cabinet* L'inscription d'un cabinet auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec implique qu'aucune autre demande de numéro n'a été effectuée pour ce cabinet. L'inscription d'une clinique mobile n'est pas permise.	<table border="1"> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>Date d'inscription (ouverture)</p>	Année	Mois	Jour				La date d'inscription ne doit pas être antérieure au 1 ^{er} juin 2023.
Année	Mois	Jour						
<input type="checkbox"/> Modification relative à un cabinet	<table border="1"> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>Date de modification</p>	Année	Mois	Jour				
Année	Mois	Jour						
<input type="checkbox"/> Fermeture								
<input type="checkbox"/> Changement d'adresse								
<input type="checkbox"/> Changement d'hygiéniste dentaire responsable								
<input type="checkbox"/> Autre modification : _____								

2. Renseignements sur le cabinet

Numéro de cabinet (si disponible)	Nom du cabinet		
Adresse du cabinet Numéro	Rue	Bureau	
Municipalité	Province	Code postal	

3. Renseignements sur l'hygiéniste dentaire responsable

Prénom	Nom de famille		Numéro de pratique 7 5						
Numéro de téléphone Ind. régional	Poste	Numéro de télécopieur Ind. régional	Adresse de courriel						
Signature de l'hygiéniste dentaire responsable			<table border="1"> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>Date</p>	Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour							

* Selon l'article 95 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2), on entend par *cabinet privé de professionnel* « un cabinet de consultation ou bureau, situé ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement, où un ou plusieurs médecins, dentistes ou autres professionnels, individuellement ou en groupe, pratiquent habituellement leur profession à titre privé et à leur seul compte, sans fournir à leur clientèle, directement ou indirectement, des services d'hébergement ».

Veuillez transmettre ce formulaire par **courrier** à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

ou par **télécopieur** : 418 646-8110