

1. Renseignements sur la pharmacie

Raison sociale	Numéro de téléphone	Numéro de pharmacie
Adresse Numéro	Rue	
Ville	Province	Code postal

2. Début de la transmission par la poste

<input type="checkbox"/> Je souhaite recevoir mes états de compte par la poste à compter du _____ pour la pharmacie indiquée ci-dessus. date (année-mois-jour)
Raison de la demande

3. Fin de la transmission par la poste

<input type="checkbox"/> Je souhaite mettre fin à la transmission de mes états de compte par la poste à compter du _____ pour la pharmacie indiquée ci-dessus. date (année-mois-jour)

4. Signature du ou des pharmaciens propriétaires

Prénom et nom en lettres moulées	Signature du pharmacien propriétaire X _____	Date ANNÉE MOIS JOUR
Prénom et nom en lettres moulées	Signature du pharmacien propriétaire X _____	Date ANNÉE MOIS JOUR
Prénom et nom en lettres moulées	Signature du pharmacien propriétaire X _____	Date ANNÉE MOIS JOUR
Prénom et nom en lettres moulées	Signature du pharmacien propriétaire X _____	Date ANNÉE MOIS JOUR
Prénom et nom en lettres moulées	Signature du pharmacien propriétaire X _____	Date ANNÉE MOIS JOUR
Prénom et nom en lettres moulées	Signature du pharmacien propriétaire X _____	Date ANNÉE MOIS JOUR
Prénom et nom en lettres moulées	Signature du pharmacien propriétaire X _____	Date ANNÉE MOIS JOUR

Envoyez-nous 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 courriel : adm_professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Instructions

Ce formulaire s'adresse aux pharmaciens propriétaires. Vous devez le remplir si vous souhaitez recevoir vos états de compte par la poste. Veuillez noter que vos états de compte demeurent disponibles dans votre messagerie sécurisée.

Les états de compte vous seront transmis par la poste pour une période de **6 mois** à compter de la date de début indiquée sur le formulaire. Pour renouveler l'envoi de vos états de compte par la poste, vous devrez nous faire parvenir une nouvelle demande en utilisant ce formulaire au moins 6 semaines avant la date de fin prévue.

1. Renseignements sur la pharmacie

Inscrivez la raison sociale, le numéro de téléphone, le numéro de la pharmacie et l'adresse complète de la pharmacie.

2. Début de la transmission par la poste

Pour demander la transmission de vos états de compte par la poste, veuillez cocher la case correspondante et indiquer la date à laquelle la transmission doit débuter. La date de début ne peut pas être antérieure à la date de transmission du formulaire. Veuillez inscrire la raison de la demande dans le champ correspondant.

Si vous souhaitez obtenir par la poste une copie d'un état de compte antérieur, remplissez le formulaire *Demande de documents financiers – Pharmacies* (4274).

3. Fin de la transmission par la poste

Pour cesser de recevoir un état de compte par la poste, veuillez cocher la case correspondante et inscrire la date de fin.

Vous pouvez également remplir cette section si vous souhaitez mettre fin à l'envoi de vos états de compte par la poste avant la fin de la période maximale prévue de 6 mois.

4. Signature du ou des pharmaciens propriétaires

Ce formulaire doit être signé et daté par tous les pharmaciens propriétaires de la pharmacie.