

### 1. Situation

|  |  |       |      |      |  |  |  |
|--|--|-------|------|------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Inscription d'un cabinet*</b><br>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.  | <table border="1"> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> <tr> <td>     </td> <td>   </td> <td>     </td> </tr> </table> Date d'inscription (ouverture) | Année | Mois | Jour |  |  |  |
| Année  | Mois   | Jour  |      |      |  |  |  |
|  |  |       |      |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Modification relative à un cabinet</b>   | <table border="1"> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> <tr> <td>     </td> <td>   </td> <td>     </td> </tr> </table> Date de modification           | Année | Mois | Jour |  |  |  |
| Année  | Mois   | Jour  |      |      |  |  |  |
|  |  |       |      |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Fermeture<br><input type="checkbox"/> Changement d'adresse<br><input type="checkbox"/> Changement du responsable du cabinet (IPS ou autre)<br><input type="checkbox"/> Autre modification : _____ |  |       |      |      |  |  |  |

### 2. Renseignements sur le cabinet

|                                      |                |             |  |
|--------------------------------------|----------------|-------------|--|
| Numéro du cabinet<br>(si disponible) | Nom du cabinet |             |  |
| Adresse du cabinet<br>Numéro         | Rue            | Bureau      |  |
| Municipalité                         | Province       | Code postal |  |

### 3. Renseignements sur le responsable du cabinet (IPS ou autre)

|   |       |  |                     |                    |  |       |      |      |  |  |  |
|---|-------|--|---------------------|--------------------|--|-------|------|------|--|--|--|
| Prénom  |       | Nom de famille                         |                     | Numéro de pratique |  |       |      |      |  |  |  |
| Numéro de téléphone<br>Ind. régional                        | Poste | Numéro de télécopieur<br>Ind. régional | Adresse de courriel |                    |  |       |      |      |  |  |  |
| _____<br>Signature du responsable du cabinet (IPS ou autre) |       |  |                     |                    | <table border="1"> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> <tr> <td>     </td> <td>   </td> <td>     </td> </tr> </table> Date | Année | Mois | Jour |  |  |  |
| Année   | Mois  | Jour                                   |                     |                    |  |       |      |      |  |  |  |
|   |       |  |                     |                    |  |       |      |      |  |  |  |

\* Selon l'article 95 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre 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 ».

Envoyez-nous ce formulaire  
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