

DEMANDE D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Pour une inscription immédiate, utilisez nos services en ligne.
Toutefois, le pharmacien propriétaire doit obligatoirement s'inscrire en remplissant ce formulaire.

Renseignements sur le professionnel de la santé

PRÉNOM		NOM DE FAMILLE	
DATE DE NAISSANCE ANNÉE	MOIS	JOUR	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
Le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour les professionnels de la santé rémunérés à honoraires fixes (salarial).			
NUMÉRO DE PERMIS DÉLIVRÉ PAR VOTRE ASSOCIATION OU ORDRE PROFESSIONNEL (SI DISPONIBLE)		NUMÉRO DE RÉSIDENT (S'IL Y A LIEU)	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR
ADRESSE COURRIEL			

Adresse du lieu de pratique

Veuillez noter que nous pourrions communiquer cette adresse à des tiers sans votre consentement.	NOM OU RAISON SOCIALE		
	NUMÉRO	RUE	NUMÉRO DU BUREAU
	MUNICIPALITÉ		
	PROVINCE		CODE POSTAL
Désirez-vous recevoir votre correspondance à la même adresse? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (remplissez la section suivante)			

Adresse de correspondance (s'il y a lieu)

NOM OU RAISON SOCIALE		À L'ATTENTION DE	
NUMÉRO	RUE	NUMÉRO DU BUREAU	
MUNICIPALITÉ			
PROVINCE		CODE POSTAL	

Paiement et envoi des états de compte

Vos états de compte vous sont toujours transmis dans votre messagerie sécurisée.

Professionnels de la santé

Pour obtenir vos paiements par virement automatique ou pour que votre agence de facturation reçoive vos états de compte dans son logiciel de facturation, utilisez le service en ligne Mon dossier, ou remplissez et joignez à ce formulaire le formulaire [Gestion des comptes administratifs et du compte de finances personnelles \(4552\)](#).

Pharmaciens

Pour obtenir vos paiements par virement automatique, remplissez et joignez à ce formulaire le formulaire [Autorisation de paiement par virement automatique – Pharmacie \(4551\)](#).

Signature

Je m'engage à exercer ma profession dans le cadre du régime institué par la Loi sur l'assurance maladie.			
SIGNATURE	DATE	ANNÉE	MOIS
			JOUR

Veuillez nous transmettre ce formulaire par télécopieur au 418 646-8110 ou par la poste à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec

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