

## DEMANDE D'ACCRÉDITATION ET RENSEIGNEMENTS POUR LA FACTURATION INFORMATISÉE

### 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL OU LE GROUPE DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Cocher la case correspondant à votre situation.

Facturation personnelle

\_\_\_\_\_

Numéro de pratique

Prénom et nom du professionnel de la santé

Le professionnel de la santé participant au régime d'assurance maladie soumet cette demande d'accréditation à la Régie conformément à l'article 15 du Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29, r.7).

OU

Facturation avec compte administratif individuel ou collectif

\_\_\_\_\_

Numéro du compte

Nom sous lequel le compte administratif est enregistré à la Régie

Le groupe de professionnels de la santé dûment constitué suivant la partie 1 du formulaire *Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe* (3006) dont les activités professionnelles en groupe sont ou seront facturées en utilisant le numéro de compte ci-dessus, soumet cette demande d'accréditation à la Régie conformément à l'article 15 du Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29, r.7).

### 2 MODE DE RÉCEPTION DES ÉTATS DE COMPTE

Le professionnel de la santé ou le groupe de professionnels de la santé demande une accréditation pour transmettre des demandes de paiement par télécommunication et choisit **une seule façon** de recevoir ses états de compte, qui est la suivante (cocher la case appropriée) :

Télécommunication

Papier

### 3 RENSEIGNEMENTS SUR L'AGENCE DE FACTURATION

A | G | P | \_\_\_\_\_

Numéro

Nom ou raison sociale de l'agence

**Note :** Si vous recevez déjà vos états de compte par télécommunication avec une autre agence, vous devez obligatoirement nous indiquer le numéro d'agence à retirer et la date où le changement prendra effet. Veuillez remplir la section 4.

### 4 FIN DE L'ACCRÉDITATION AVEC UNE AGENCE DE FACTURATION

Facturation personnelle

Facturation avec compte administratif

Nom ou raison sociale de l'agence

A | G | P | \_\_\_\_\_

Numéro

\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

Date de fin du mandat

### 5 CONSENTEMENT DU OU DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ OU DE LEUR MANDATAIRE

Le demandeur reconnaît qu'aucune demande de paiement faite à la Régie ne peut être valide et, donc, donner lieu à paiement si un document de facturation conforme aux exigences du règlement mentionné ci-dessus ne peut être fourni à la Régie sur demande.

Signature

Numéro de pratique

Date

_____	_____	A   M   J   _____
_____	_____	A   M   J   _____
_____	_____	A   M   J   _____
_____	_____	A   M   J   _____
_____	_____	A   M   J   _____
_____	_____	A   M   J   _____
_____	_____	A   M   J   _____
_____	_____	A   M   J   _____

Utilisez la section 5 au verso si nécessaire.

**Prière d'annexer à la présente demande, s'il y a lieu, l'un des formulaires ci-dessous ou les deux, selon le cas :**

- Inscription à la facturation informatisée – Agence de facturation (3988)*  
[requis seulement pour l'accréditation d'une agence qui n'est pas inscrite à la Régie];
- Mandat – Agence commerciale de traitement de données (2788)*  
[requis si vous recourez aux services d'une telle agence].

Envoyer à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Service de l'admissibilité et du paiement  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4  
Télécopieur: 418 646-8110

Pour plus de renseignements :

Québec 418 643-8210  
Montréal 514 873-3480  
Ailleurs au Québec, sans frais 1 800 463-4776

