

**Demande d'autorisation de transmettre
un relevé d'honoraires ou une demande de paiement
au moyen d'un support informatique
ou par télécommunication**

Identification de la pharmacie			NUMÉRO ATTRIBUÉ PAR LA RAMQ
RAISON SOCIALE			
ADRESSE NO	RUE		
MUNICIPALITÉ	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.

1. Je soussigné, _____

NOM ET PRÉNOM DU PHARMACIEN PROPRIÉTAIRE (EN LETTRES MAJUSCULES)	NUMÉRO ATTRIBUÉ PAR LA RAMQ
	4
	4
	4
	4
	4

pharmacien participant au régime d'assurance maladie et soumis à l'entente conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, transmets cette demande d'autorisation conformément à l'article 6.3 du Règlement sur les conditions de transmission d'un document à la Régie de l'assurance maladie du Québec au moyen d'un support informatique ou par télécommunication.

2. J'utilise un logiciel de facturation reconnu par la Régie, lequel me permet d'accéder au système de communication en mode interactif de la Régie :

Description du logiciel	
NOM DU DÉVELOPPEUR DE MON LOGICIEL DE FACTURATION	
NOM DU LOGICIEL	NUMÉRO DE LA VERSION

3. Je reconnais que la transmission en mode interactif avec la Régie d'un relevé d'honoraires ou d'une demande de paiement avec mon code d'identification a le même effet juridique que si elle avait été effectuée au moyen d'un document écrit que j'ai moi-même signé. En outre, je reconnais que je suis responsable de toute transmission effectuée en mode interactif avec mon code d'identification par tout usager de mon système de facturation dans ma pharmacie et de tout paiement exigé ou reçu qui en découle.
4. Je reconnais que la reproduction sur papier par la Régie des données relatives à une transaction informatique acceptée fait preuve de son contenu quant à la facturation et au paiement.
5. Je m'engage à informer la Régie, par télécopieur ou autrement, si je procède au changement de mon logiciel de facturation, et ce, avant de l'utiliser.

Signé à _____, ce _____ jour de _____ 20 _____

Signature

.....

.....

.....

.....

Veuillez retourner le formulaire rempli et signé 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