

1 Description du service en ligne demandé

Description	Médicaments d'exception et patient d'exception
Application	Consultation des demandes d'autorisation de paiement

2 Utilisateur

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Fonction <input type="checkbox"/> Adjoint administratif <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Technicien en pharmacie	Est-ce que vous possédez un accès pour d'autres services en ligne à la Régie? Si oui, donnez le nom d'utilisateur :		
Nom de la pharmacie ou de l'établissement			
Adresse de correspondance (lieu de travail)		Adresse électronique	
Code postal	Téléphone IND. RÉG.	Poste	Télécopieur IND. RÉG.
Je m'engage : - à ne pas divulguer les éléments d'identification qui seront délivrés à mon nom afin de me permettre d'avoir accès aux services en ligne de la Régie dans le cadre de la présente demande; - à n'utiliser ces éléments d'identification que pour les fins pour lesquelles ils seront délivrés.	SIGNATURE DE L'UTILISATEUR		DATE ANNÉE MOIS JOUR

3 Autorisation

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Fonction <input type="checkbox"/> Pharmacien propriétaire <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé	Numéro de pratique		
Nom de la pharmacie ou de l'établissement			
Adresse de correspondance (lieu de travail)		Adresse électronique	
Code postal	Téléphone IND. RÉG.	Poste	Télécopieur IND. RÉG.
Je m'engage : - à ne pas divulguer les éléments d'identification délivrés au nom de l'utilisateur mentionné ci-dessus dont je pourrais prendre connaissance; - à transmettre à cet utilisateur, en toute sécurité, les éléments d'identification qui seront délivrés à son nom dans le cadre de la présente demande. J'autorise l'utilisateur ci-dessus à se servir des formulaires électroniques prévus pour l'application mentionnée à la section 1.	SIGNATURE		DATE ANNÉE MOIS JOUR

Note : Advenant le non-respect d'un des engagements décrits ci-dessus, la Régie se réserve le droit de retirer en tout temps et sans préavis l'accès aux services en ligne accordé dans le cadre de la présente demande.

4 Privilèges d'accès créés et éléments d'identification remis (à l'usage de la Régie)

Période ou durée de validité des éléments d'identification délivrés	Numéro de référence	Nom d'utilisateur	Date d'inscription ANNÉE MOIS JOUR		
SIGNATURE DU RÉPONDANT À LA RÉGIE	SIGNATURE STS		DATE ANNÉE MOIS JOUR		
DATE ANNÉE MOIS JOUR	DATE ANNÉE MOIS JOUR		DATE ANNÉE MOIS JOUR		

Veuillez remplir et signer le formulaire et l'envoyer à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Centre d'assistance aux professionnels
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Pour nous joindre :

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30 (mercredi de 10 h 30 à 16 h 30)

Téléphone : Québec : 418 643-8210
Montréal : 514 873-3480
Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776
Courrier électronique : sel.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Après avoir établi votre identité, choisissez l'option 1.

Directives

- Remplissez en lettres majuscules les sections 2 et 3 du formulaire.
- Signez aux endroits indiqués.
- Les lettres moulées, les initiales et les tampons ne sont pas acceptés pour la signature.
- Aucun document photocopié, télécopié ou non conforme ne sera accepté.
- Envoyez le formulaire par la poste à l'adresse indiquée au bas de celui-ci.

Utilisateur

Cette section doit être remplie par la personne désignée pour utiliser le service en ligne demandé.

Fonction

Cochez le nom de la fonction que vous assumez (par exemple, technicien en pharmacie) et qui vous oblige à communiquer avec la Régie et à utiliser les services auxquels vous demandez l'accès.

Nom d'utilisateur

Si vous possédez un accès pour d'autres services en ligne de la Régie, inscrivez votre nom d'utilisateur.

Autorisation

Cette partie doit être remplie par un pharmacien propriétaire ou un professionnel de la santé. Celui-ci recevra les éléments d'identification de l'utilisateur et devra les lui transmettre en toute sécurité.