

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

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

Cochez 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 (cochez la case appropriée) :

Télécommunication

Messagerie sécurisée

### 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 un paiement si un document de facturation conforme aux exigences du règlement mentionné ci-dessus ne peut pas 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.

**Veuillez 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).

Envoyez les formulaires à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
 C. P. 6600, succ. Terminus  
 Québec (Québec) G1K 7T3

Ou par télécopieur: 418 646-8110

**5. CONSENTEMENT DU OU DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ OU DE LEUR MANDATAIRE (suite)**

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

**GUIDE DE REMPLISSAGE**

Le formulaire doit être rempli par un professionnel de la santé.

**Section 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL OU LE GROUPE DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ**

Cochez la case correspondant à votre situation. Si les deux situations existent, utilisez un formulaire pour chacune.

- Si votre demande concerne votre facturation personnelle, inscrivez votre numéro de pratique (numéro d'inscription RAMQ) ainsi que vos prénom et nom.
- Si votre demande concerne votre facturation avec un numéro de compte administratif, inscrivez le numéro et le nom sous lequel ce compte est enregistré à la Régie.

**Section 2. MODE DE RÉCEPTION DES ÉTATS DE COMPTE**

Pour la réception de vos états de compte, choisissez entre la télécommunication ou la messagerie sécurisée en cochant la case correspondante (**un seul choix est possible**). **Exceptionnellement**, il vous est possible de demander à recevoir vos états de compte par courrier. Pour ce faire, vous devez remplir et nous faire parvenir le formulaire *Demande de transmission des états de compte par courrier* (4471).

Veuillez noter que vos états de compte demeurent disponibles dans votre messagerie sécurisée.

Si vos états de compte sont également transmis à une agence de facturation, vous devez plutôt remplir le formulaire *Demande de documents financiers* (4176).

**Section 3. RENSEIGNEMENTS SUR L'AGENCE DE FACTURATION**

Inscrivez le numéro de transmission de l'agence (débutant par AGP) et son nom ou sa raison sociale. **Vous ne pouvez pas posséder plus d'un numéro d'agence pour votre facturation personnelle et par compte administratif.**

**Section 4. FIN DE L'ACCREDITATION AVEC UNE AGENCE DE FACTURATION**

Remplissez cette section si vous désirez mettre fin à une accréditation ou faire retirer le numéro d'agence de facturation avec lequel vous recevez déjà vos états de compte.

Cochez la case correspondant à la situation qui vous concerne : facturation personnelle ou avec compte administratif.

Inscrivez le numéro de transmission de l'agence (débutant par AGP) ainsi que la date de fin du mandat.

**Section 5. CONSENTEMENT DU OU DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ OU DE LEUR MANDATAIRE**

Ce document doit être signé et daté par le professionnel ou le mandataire. **Si le groupe de professionnels n'est pas représenté par un mandataire (c'est-à-dire qu'il n'a pas remis le formulaire 3005), tous les professionnels membres de ce groupe doivent signer la section 5 du présent formulaire.**