

**Mandat du professionnel de la santé autorisant la Régie
à faire le paiement de ses honoraires à l'ordre d'un tiers**

Les professionnels de la santé dont les noms et les numéros d'inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après appelée la RÉGIE) sont inscrits ci-dessous :

| | Nom | Prénom | Numéro |
|----|-----|--------|--------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |

Si l'espace est insuffisant, veuillez remplir un formulaire additionnel.

et soumis à l'application d'une entente conclue par :

Nom de la Fédération ou de l'Association

AUTORISENT par le présent mandat, la Régie de l'assurance maladie du Québec à émettre tout chèque ou à effectuer un virement bancaire tel que permis à l'entente en paiement des honoraires qui leur sont dus pour des services assurés réclamés selon les relevés d'honoraires ou demandes de paiement portant, en plus de leur identification personnelle, le numéro de compte administratif collectif

suivant : _____ à l'ordre de :

Numéro de compte administratif collectif

Nom du tiers autorisé (ce nom doit être celui du groupe ou de la société de professionnel inscrit à la Régie)

Adresse du tiers

Numéro de téléphone du tiers

Ils conviennent que tout tel paiement sera considéré à toute fin que de droit comme leur ayant été fait personnellement.

L'encaissement du chèque par le tiers qu'ils ont désigné, son endossement par ce dernier ou le virement bancaire effectué dans le compte de ce dernier, constitue, à toute fin que de droit, une quittance pour le coût des services assurés que ce chèque ou que ce virement bancaire entend acquitter.

Les mandants déclarent que le présent mandat est conforme aux dispositions expresses de l'entente à cet effet. La Régie, étant liée par les dispositions de l'entente, donnera suite à ce mandat dans les limites permises par celle-ci. Aucune poursuite ne peut être intentée contre la Régie par les soussignés lorsqu'un paiement a été effectué par cette dernière conformément au présent mandat.

Ce mandat entre en vigueur à la date de sa réception à la Régie et la Régie avisera les mandants de cette date par un accusé de réception.

Ce mandat demeure en vigueur jusqu'à la réception à la Régie d'un avis écrit de révocation signé par un mandant et cet avis s'applique au paiement des services assurés fournis par ce mandant après cette date.

EN FOI DE QUOI, ils ont signé à _____

ce _____ jour du mois _____ de l'an _____

| Signature du mandant | |
|----------------------|----|
| 1 | 8 |
| 2 | 9 |
| 3 | 10 |
| 4 | 11 |
| 5 | 12 |
| 6 | 13 |
| 7 | 14 |

Si l'espace est insuffisant, veuillez remplir un formulaire additionnel.

Veuillez transmettre ce formulaire par **courrier** 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