

Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs relevés d'honoraires ou leurs demandes de paiement

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			

À REMPLIR S'IL S'AGIT D'UN GROUPE

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

Nom du groupe	Numéro
Adresse	Numéro de téléphone

AUTORISENT

1	Nom	Prénom	
	Adresse		Numéro de téléphone
2	Nom	Prénom	
	Adresse		Numéro de téléphone
3	Nom	Prénom	
	Adresse		Numéro de téléphone
4	Nom	Prénom	
	Adresse		Numéro de téléphone
5	Nom	Prénom	
	Adresse		Numéro de téléphone

6	Nom	Prénom	
	Adresse		Numéro de téléphone

7	Nom	Prénom	
	Adresse		Numéro de téléphone

8	Nom	Prénom	
	Adresse		Numéro de téléphone

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

à titre de mandataire(s), à signer pour et en leur nom tout relevé d'honoraires ou toute demande de paiement et document afférent, y compris les avis de changement d'adresse, à certifier que les services inscrits sur les relevés d'honoraires et toute demande de paiement et sur tout document afférent, ont été fournis par le mandant lui-même, à recevoir de la Régie les renseignements qu'il pourrait requérir concernant les relevés d'honoraires ou demandes de paiement qu'il est, par la présente, autorisé à signer. S'il s'agit d'un pharmacien qui n'a pas fourni personnellement les services inscrits sur la demande de paiement ou sur le document afférent, le mandataire est autorisé à certifier que tels services ont été légalement fournis par un des employés du pharmacien.

Le mandant, professionnel de la santé ci-nommé, prend acte de l'article 22.1 de la Loi sur l'assurance maladie, L.R.Q., c. A-29. Il n'a droit d'être rémunéré par la Régie que s'il a lui-même signé le relevé d'honoraires prescrit, sous réserve de ce mandat.

Le mandant, professionnel de la santé ci-nommé, convient et s'engage, par la présente, à rembourser à la Régie sur demande, tout montant payé par la Régie sur présentation d'un relevé d'honoraires ou d'une demande de paiement signé par un mandataire ci-nommé pour des services assurés qui n'ont pas été fournis par le mandant lui-même ou, dans le cas d'un pharmacien, légalement par un de ses employés.

Le présent mandat entre en vigueur à la date de sa réception à la Régie, et la Régie avisera le mandant de cette date par un accusé de réception. Ce mandat demeure en vigueur jusqu'à réception à la Régie d'un avis écrit de révocation signé par le mandant et cet avis ne s'applique qu'aux relevés d'honoraires ou demandes de paiement signés par le mandataire à compter de la date de sa réception à la Régie, ou jusqu'à l'expédition d'un avis écrit par la Régie au mandant à l'effet qu'elle n'est pas liée par ce mandat.

SIGNÉ à _____ ce _____ jour du mois _____

	Signature du mandant	Signature du mandataire
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

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

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Date de réception à la Régie	Par
------------------------------	-----