

Demande d'autorisation de transmission de relevés d'honoraires ou de demandes de paiement

Pour toute transaction effectuée auprès de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), tout pharmacien propriétaire doit remplir ce formulaire pour pouvoir transmettre ou annuler des demandes de paiement par la communication interactive en pharmacie (CIP) et pour permettre les transactions avec les développeurs de logiciels.

Si vous n'avez pas confirmé votre engagement auprès de la Régie, veuillez remplir le formulaire [Demande d'inscription du professionnel de la santé](#) (3003).

1. Identification de la pharmacie			
Raison sociale		Bannière	
Adresse Numéro	Rue		
Ville	Code postal	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
Il est possible que la RAMQ ait à vous joindre rapidement. Veuillez indiquer les coordonnées d'un pharmacien répondant.			
Nom du répondant	Adresse courriel	Numéro de téléphone	Numéro de cellulaire

2. Identification du logiciel de facturation reconnu par la RAMQ
Au besoin, consultez la Liste des développeurs de logiciels .
Nom du développeur du logiciel
Nom du logiciel

3. Engagements			
En soumettant le présent formulaire :			
<ul style="list-style-type: none"> Je reconnais que je suis responsable de toute transmission effectuée au moyen d'un logiciel de facturation avec le code d'identification de ma pharmacie par tout usager de mon système de facturation, et de tout paiement exigé ou reçu qui en découle. Je reconnais que toute transmission à la RAMQ d'un relevé d'honoraires ou d'une demande de paiement avec le code d'identification de ma pharmacie, au moyen d'un logiciel de facturation, a les mêmes effets juridiques que si le document avait été signé par moi-même. Je m'engage à informer la RAMQ de tout changement en lien avec les informations contenues dans ce formulaire, notamment en ce qui a trait à la bannière. J'autorise la RAMQ à communiquer avec le développeur de logiciel ci-haut nommé. 			
Nom et prénom de tous les pharmaciens propriétaires/actionnaires	Numéro de professionnel	Signature	Date Année Mois Jour

Pour que votre demande soit autorisée, assurez-vous d'avoir **dûment rempli et signé** le présent formulaire avant de nous le transmettre :

Par télécopieur : 418 646-8110

Par courrier : Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ. Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3