Régie de l'assurance maladie Québec

Demande d'accès aux services en ligne

À L'USAGE DE LA RAMQ

1 Description des services en ligne demandés (à l'usage de la RAMQ)

Description	**Inscription de la clientèle des professionnels de la santé**
Application	**Gestion des consultations**

2 Utilisateur

Prénom	Nom	Sexe ☐ M ☐ F
Fonction	Possédez-vous un accès pour d'autres services en ligne de la RAMQ? Si oui, donnez votre nom d'utilisateur :	
Nom de l'établissement ou de l'installation		Numéro 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 RAMQ 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

Prénom	Nom	Sexe ☐ M ☐ F
Fonction		Numéro de pratique (RAMQ)
Nom de l'établissement ou de l'installation		Numéro 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 précisée à la section 1.	**SIGNATURE**	**DATE** ANNÉE / MOIS / JOUR

Note : Advenant le non-respect d'un des engagements décrits ci-dessus, la RAMQ 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 RAMQ)

Période ou durée de validité des éléments d'identification délivrés	Identifiant du répondant	Numéro de référence	Nom d'utilisateur	Date d'inscription ANNÉE / MOIS / JOUR
SIGNATURE DU RÉPONDANT À LA RAMQ	**DATE** ANNÉE / MOIS / JOUR	**SIGNATURE SOES**		**DATE** ANNÉE / MOIS / JOUR

Veuillez remplir le formulaire, le signer et nous l'envoyer : – par courriel : Demandes_acces_SEL@ramq.gouv.qc.ca **OU** – par la poste : Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

5 Médecins partenaires, médecins rémunérés à honoraires fixes ou au tarif horaire ou IPSPL supplémentaires

J'autorise l'utilisateur mentionné à la section 2 à se servir, en mon nom, des formulaires électroniques prévus pour l'application précisée à la section 1.

Prénom	Nom	Numéro de pratique (RAMQ)	Sexe ☐ M ☐ F
SIGNATURE			**DATE** ANNÉE / MOIS / JOUR

Prénom	Nom	Numéro de pratique (RAMQ)	Sexe ☐ M ☐ F
SIGNATURE			**DATE** ANNÉE / MOIS / JOUR

Prénom	Nom	Numéro de pratique (RAMQ)	Sexe ☐ M ☐ F
SIGNATURE			**DATE** ANNÉE / MOIS / JOUR

Prénom	Nom	Numéro de pratique (RAMQ)	Sexe ☐ M ☐ F
SIGNATURE			**DATE** ANNÉE / MOIS / JOUR

Prénom	Nom	Numéro de pratique (RAMQ)	Sexe ☐ M ☐ F
SIGNATURE			**DATE** ANNÉE / MOIS / JOUR

Prénom	Nom	Numéro de pratique (RAMQ)	Sexe ☐ M ☐ F
SIGNATURE			**DATE** ANNÉE / MOIS / JOUR

Prénom	Nom	Numéro de pratique (RAMQ)	Sexe ☐ M ☐ F
SIGNATURE			**DATE** ANNÉE / MOIS / JOUR

Prénom	Nom	Numéro de pratique (RAMQ)	Sexe ☐ M ☐ F
SIGNATURE			**DATE** ANNÉE / MOIS / JOUR

Directives

– Remplissez en lettres majuscules les sections 2 et 3 du formulaire.
– Signez aux endroits indiqués.
– Aucun document photographié, télécopié ou non conforme ne sera accepté.

Utilisateur

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

Fonction

Inscrivez le nom de la fonction que vous assumez (par exemple, secrétaire administratif, coordonnateur du projet ou directeur), qui vous oblige à communiquer avec la RAMQ et à utiliser le service qui vous sera rendu accessible.

Autorisation

Cette section doit être remplie par un professionnel de la santé. S'il y en a plusieurs qui doivent autoriser la demande d'accès, vous pouvez utiliser la section 5 du formulaire.

Signature électronique

Voici les formats acceptés si vous souhaitez apposer une signature électronique :

- une signature numérique (générée grâce à un certificat numérique produit au moyen d'un outil spécialisé);
- une signature manuscrite apposée à l'aide d'un accessoire technologique (par exemple, un stylet, un écran tactile ou une souris);
- une signature manuscrite numérisée (par exemple, l'apposition de l'image d'une signature).

Transmission des éléments d'identification par courriel

Nous transmettrons par courriel à l'utilisateur son mot de passe temporaire. Toutefois, c'est à la personne qui autorise la demande d'accès que nous fournirons le nom d'utilisateur.

Pour des raisons de sécurité, l'utilisateur et la personne qui autorise la demande d'accès doivent avoir des adresses électroniques différentes. Ainsi, les éléments d'identification de l'utilisateur sont mieux protégés.

C'est pourquoi nous n'acceptons que les adresses électroniques personnelles ou professionnelles (p. ex. jacques.untel@xx.com), et non les adresses de boîte courriel partagée (p. ex. information@xx.com).

Si vous êtes à la fois l'utilisateur et la personne qui autorise la demande, vous devez tout de même nous fournir deux adresses électroniques différentes. Par exemple, vous pouvez inscrire :

- votre adresse personnelle à la section 2;
- votre adresse professionnelle à la section 3.