

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

Description	Service en ligne FacturActe
Application	FacturActe

2 Utilisateur

Prénom	Nom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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'entité, du groupe ou de la société			
Adresse de correspondance (lieu de travail)		Adresse électronique	
Code postal	Téléphone IND. RÉG.	Poste	Télocopieur 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 du professionnel de la santé

Prénom	Nom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Catégorie de professionnel <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> Denturologiste		Numéro de pratique	
Nom de l'entité, du groupe ou de la société			
Adresse de correspondance (lieu de travail)		Adresse électronique	
Code postal	Téléphone IND. RÉG.	Poste	Télocopieur 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 DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	
		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	Numéro de référence	Nom d'utilisateur	Date d'inscription ANNÉE MOIS JOUR
SIGNATURE DU RÉPONDANT À LA RAMQ	SIGNATURE STS		DATE ANNÉE MOIS JOUR
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

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.

5 Professionnels de la santé supplémentaires

Prénom	Nom	Numéro de pratique	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ			DATE ANNÉE MOIS JOUR

Prénom	Nom	Numéro de pratique	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ			DATE ANNÉE MOIS JOUR

Prénom	Nom	Numéro de pratique	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ			DATE ANNÉE MOIS JOUR

Prénom	Nom	Numéro de pratique	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ			DATE ANNÉE MOIS JOUR

Prénom	Nom	Numéro de pratique	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ			DATE ANNÉE MOIS JOUR

Prénom	Nom	Numéro de pratique	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ			DATE ANNÉE MOIS JOUR

Prénom	Nom	Numéro de pratique	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ			DATE ANNÉE MOIS JOUR

Prénom	Nom	Numéro de pratique	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ			DATE ANNÉE MOIS JOUR

Directives

- Remplissez en lettres majuscules les sections 2 et 3 du formulaire.
- Signez aux endroits indiqués. Les lettres moulées, les initiales et les tampons ne sont pas acceptés pour la signature.
- Aucun document photographié, télécopié ou non conforme ne sera accepté.
- Envoyez le formulaire par courriel ou par la poste à l'une des adresses indiquées au bas de celui-ci.

Utilisateur

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

Fonction

L'utilisateur désigné ne peut pas être un membre du personnel d'une agence commerciale.

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 du professionnel de la santé

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. La personne ayant autorisé la demande d'accès à la section 3 recevra les éléments d'identification de l'utilisateur et devra les lui transmettre en toute sécurité.