

1 Description des services en ligne demandés

Description	Établissements du réseau de la santé	
Applications	<input type="checkbox"/> Autorisation des demandes de paiement en ligne	<input type="checkbox"/> Association entre le responsable de l'autorisation et le professionnel

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'établissement, de l'installation, de la grappe de services (OPTILAB), du GMF ou du point de service			
L'objet de la demande s'applique aux registres :			
<input type="checkbox"/> De certaines installations de l'établissement Spécifiez le ou les numéros d'établissement à la section 5 au verso.		<input type="checkbox"/> De toutes les installations de l'établissement Ne joignez pas de liste.	
<input type="checkbox"/> De la grappe de services (OPTILAB) Ne joignez pas de liste.			
Adresse de correspondance (lieu de travail)		Adresse électronique	
Code postal	Téléphone	Poste	Télécopieur
Je m'engage :	SIGNATURE DE L'UTILISATEUR		DATE
- 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.			ANNÉE MOIS JOUR

3 Autorisation

Prénom	Nom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Fonction	<input type="checkbox"/> Directeur des services professionnels <input type="checkbox"/> Médecin responsable du GMF		
<input type="checkbox"/> Directeur général <input type="checkbox"/> Médecin coresponsable du GMF		<input type="checkbox"/> Représentant autorisé d'une grappe de services (OPTILAB)	
Nom de l'établissement, de l'installation, de la grappe de services (OPTILAB) ou du GMF			Numéro de l'établissement
Adresse de correspondance (lieu de travail)		Adresse électronique	
Code postal	Téléphone	Poste	Télécopieur
Je m'engage :	SIGNATURE		DATE
- 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 les applications précisées à la section 1.			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	SIGNATURE SOES		DATE
	ANNÉE MOIS JOUR			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

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.

Applications

Cochez la ou les applications auxquelles vous souhaitez accéder.

NOTE : Pour l'application *Autorisation des demandes de paiement en ligne*, l'utilisateur doit avoir été désigné comme signataire autorisé par une résolution du conseil d'administration de l'établissement. Cette règle ne s'applique pas au représentant autorisé d'une grappe de services (OPTILAB) ni au représentant autorisé d'un GMF.

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, directeur ou représentant autorisé d'une grappe de services [OPTILAB]), qui vous oblige à communiquer avec la RAMQ et à utiliser le service en ligne demandé.

Nom et numéro de l'établissement

Indiquez le nom et le numéro de l'établissement, de l'installation, de la grappe de services (OPTILAB) ou du point de service pour lequel vous désirez avoir un accès.

Autorisation

Cette section doit être remplie par le directeur des services professionnels, le directeur général de l'établissement concerné, le représentant autorisé de la grappe de services (OPTILAB) ou le médecin responsable ou coresponsable du GMF.

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 transmettons par courriel à l'utilisateur son mot de passe temporaire. Toutefois, c'est à la personne qui autorise la demande d'accès que nous fournissons 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.