

Un seul exemplaire de ce formulaire doit être rempli par utilisateur, peu importe le nombre de prescripteurs de votre clinique ou de votre établissement qui souhaitent l'ajouter à leur équipe de travail.

1 Description du service en ligne demandé

Description	Patient et médicaments d'exception
Application	Remplissage et consultation des demandes d'autorisation de paiement

2 Utilisateur

Prénom	Nom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Fonction <input type="checkbox"/> Adjoint administratif <input type="checkbox"/> Infirmier	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 du réseau de la santé			
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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Type de prescripteur <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre type de prescripteur autorisé : _____	Numéro de pratique		
Nom de l'établissement ou de l'installation du réseau de la santé			
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	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			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

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.

Description du service en ligne demandé

Ce service permet de remplir des demandes d'autorisation de paiement sans les transmettre à la RAMQ. Il permet aussi de consulter l'état d'une demande pour une personne assurée.

Utilisateur

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

Nous accordons **l'accès au service en ligne PME** uniquement aux professionnels de la santé qui prodiguent des soins directs et à leur personnel administratif.

Assurez-vous que la personne pour qui vous demandez cet accès :

- est sous la direction de votre clinique ou de votre établissement;
- n'a pas déjà accès à ce service en ligne, sauf si elle est infirmière.

Fonction

Cochez le nom de la fonction que vous assumez (par exemple, adjoint administratif), qui vous oblige à communiquer avec la RAMQ et à utiliser le service auquel vous demandez l'accès.

Les collaborateurs des prescripteurs, qui ne sont pas sous la direction ou le contrôle direct de la clinique ou de l'établissement, ne peuvent pas être inclus dans le personnel administratif autorisé pour remplir une demande d'autorisation de paiement.

Autorisation

Cette partie doit être remplie par un prescripteur autorisé.

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.