

1 Description des services en ligne demandés

Description	Prestation électronique de services en ligne à la Vice-présidence à la rémunération des professionnels		
Applications	Inscription de la clientèle des professionnels de la santé (hors GMF) <input type="checkbox"/>	Vérification de l'admissibilité <input type="checkbox"/>	

2 Utilisateur

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fonction	Est-ce que vous possédez un accès pour d'autres services en ligne à la Régie? Si oui, donnez le code d'accès :	
Nom de l'entité (établissement, organisme, société, groupe de recherche, etc.)		Numéro d'établissement
Adresse de correspondance (lieu de travail)	Adresse électronique :	
	Téléphone IND. RÉG.	POSTE
	Télécopieur IND. RÉG.	
	CODE POSTAL	
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 Régie dans le cadre de la présente demande;		ANNÉE MOIS JOUR
- à n'utiliser ces éléments d'identification que pour les fins pour lesquelles ils seront délivrés.		

3 Autorisation du médecin J'autorise l'utilisateur ci-dessus à se servir du formulaire électronique prévu pour l'application mentionnée à la section 1.

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fonction	Numéro de pratique	
Nom de l'entité (établissement, organisme, société, groupe de recherche, etc.)		Numéro d'établissement
Adresse de correspondance (lieu de travail)	Adresse électronique :	
	Téléphone IND. RÉG.	POSTE
	Télécopieur IND. RÉG.	
	CODE POSTAL	
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;		ANNÉE MOIS JOUR
- 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 utiliser les formulaires électroniques prévus pour l'application mentionnée à la section 1.		

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

Période ou durée de validité des éléments d'identification délivrés	Numéro de référence	Code d'accès	Date d'inscription ANNÉE MOIS JOUR
SIGNATURE DU RÉPONDANT À LA RÉGIE			SIGNATURE STS
DATE ANNÉE MOIS JOUR			DATE ANNÉE MOIS JOUR

Veuillez remplir et signer le formulaire et le retourner à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
 Support aux services en ligne (courrier Q029)
 Case postale 500
 Québec (Québec) G1K 7B4

Pour nous joindre : Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30

Téléphone : Québec : 418 643-8210
 Montréal : 514 873-3480
 Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776

Choisir l'option 1

Courrier électronique : sel.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

5 Médecins associés

J'autorise l'utilisateur ci-dessus à se servir, en mon nom, du formulaire électronique prévu pour l'application mentionnée à la section 1.

<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom	Prénom	Numéro de pratique
Signature du médecin			DATE Année Mois Jour

<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom	Prénom	Numéro de pratique
Signature du médecin			Date Année Mois Jour

<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom	Prénom	Numéro de pratique
Signature du médecin			Date Année Mois Jour

<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom	Prénom	Numéro de pratique
Signature du médecin			Date Année Mois Jour

<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom	Prénom	Numéro de pratique
Signature du médecin			DATE Année Mois Jour

<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom	Prénom	Numéro de pratique
Signature du médecin			Date Année Mois Jour

<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom	Prénom	Numéro de pratique
Signature du médecin			Date Année Mois Jour

<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom	Prénom	Numéro de pratique
Signature du médecin			Date Année Mois Jour