

1 Description des services en ligne demandés

Description	Prestation électronique de services en ligne à la Vice-présidence à la rémunération des professionnels
Application	Inscription de la clientèle des professionnels de la santé - B2B

2 Utilisateur

Identifiant de formation (développeur)

Identifiant de production (GMF - HORS GMF)

Donnez le nombre d'identifiants désirés*

* Le nombre d'identifiants ne correspond pas nécessairement au nombre de postes informatiques ou au nombre d'utilisateurs.

Afin de connaître le nombre d'identifiants nécessaires, veuillez vous adresser à votre développeur de logiciels.

3 Autorisation

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fonction		
Nom de l'entité (établissement, GMF, organisme, société, développeur de logiciels, etc.)		Numéro
Adresse de correspondance du lieu de travail		Adresse électronique
.....	
.....		Ind. rég. Téléphone Poste
CODE POSTAL		Ind. rég. Télécopieur
Je m'engage : - à ne pas divulguer les éléments d'identification délivrés au nom de l'utilisateur mentionné ci-dessus, éléments 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 utiliser les formulaires électroniques prévus pour l'application mentionnée à la section 1.		SIGNATURE ¹ Date Année Mois Jour

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.

¹ Dans le cas d'un GMF, il s'agit de la signature du responsable ou du coresponsable de ce groupe.

4 Privilèges d'accès créés et éléments d'identification délivrés (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	Date Année Mois Jour	SIGNATURE STS	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 (dépôt 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

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

Directives

- Les sections 2 et 3 du formulaire doivent être remplies en lettres majuscules.
- Tout formulaire non signé aux endroits indiqués sera retourné à l'expéditeur.
- Les lettres moulées, les initiales et les tampons ne sont pas acceptés comme la signature.
- Aucun document photocopié ou télécopié ne sera accepté.
- Le formulaire doit être posté à l'adresse indiquée.

Section 2

Utilisateur

Cochez la case selon l'utilisation, soit identifiant de formation, si vous êtes un développeur de logiciels, ou identifiant de production, si vous êtes dans un GMF ou dans un établissement HORS GMF.

Nombre d'identifiants désirés

Seul le développeur de logiciels peut fournir cette information.

Section 3

Autorisation

Cette partie doit être remplie par la personne autorisée à attribuer des accès, puisqu'elle recevra la documentation requise. Dans le cas d'un GMF, c'est le médecin responsable ou coresponsable qui doit autoriser les demandes d'accès.

Fonction

Indiquez la fonction de la personne qui autorise l'accès à l'application relative à l'inscription de la clientèle des professionnels de la santé.

Adresse de correspondance du lieu de travail

Indiquez l'adresse où les documents de confirmation doivent être envoyés.