

## DEMANDE D'ACCRÉDITATION ET RENSEIGNEMENTS POUR FACTURATION INFORMATISÉE

### 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL OU LE GROUPE DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Cocher la case correspondant à votre situation.

Facturation personnelle

\_\_\_\_\_

Numéro de pratique

\_\_\_\_\_

Prénom et nom du professionnel de la santé

Le professionnel de la santé participant au régime d'assurance maladie soumet cette demande d'accréditation à la Régie conformément à l'article 15 du Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie (R.R.Q., c. A-29, r.2).

OU

Groupe de professionnels de la santé

\_\_\_\_\_

Numéro du groupe

\_\_\_\_\_

Nom sous lequel le compte administratif est enregistré à la Régie

Le groupe de professionnels de la santé dûment constitué suivant la partie 1 du formulaire *Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe* (3006) dont les activités professionnelles en groupe sont désignées par le numéro de compte ci-dessus, soumet cette demande d'accréditation à la Régie conformément à l'article 15 du Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie (R.R.Q., c. A-29, r.2).

### 2 TYPE D'ACCRÉDITATION

Mode de facturation

État de compte

Télécommunication

Télécommunication

Disquette\*

Papier

\* Si la facturation se fait sur disquette, l'état de compte doit toujours être retourné sur papier.

### 3 RENSEIGNEMENTS SUR L'AGENCE DE TRAITEMENT DE DONNÉES

\_\_\_\_\_

Numéro

\_\_\_\_\_

Nom ou raison sociale de l'agence

### 4 RETRAIT D'UN NUMÉRO D'AGENCE

Facturation personnelle

Facturation avec compte administratif (groupe)

\_\_\_\_\_

Numéro

\_\_\_\_\_

Date de fin du mandat

### 5 CONSENTEMENT DU OU DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ OU DE LEUR MANDATAIRE

Le demandeur reconnaît qu'il n'existe aucune réclamation valide pour laquelle un paiement peut être exigé de la Régie si un document de facturation conforme aux exigences du règlement mentionné ci-dessus ne peut pas être fourni à la Régie sur demande.

Signature

Numéro de pratique

Date

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Utilisez la section 5 au verso si nécessaire.

### 6 FORMULAIRES ANNEXÉS

Sont annexés à la présente demande :

- Description du système de facturation informatisée (2102)  
(Requis pour l'accréditation d'une nouvelle agence seulement)
- Mandat – Agence commerciale de traitement de données (2788)  
(Requis si vous recourez aux services d'une agence commerciale de traitement de données)

Envoyer à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
C. P. 500  
Québec (Québec) G1K 7B4  
Télécopieur : 418 646-8110

Pour plus de renseignements :

Québec 418 643-8210  
Montréal 514 873-3480  
Ailleurs au Québec, sans frais 1 800 463-4776

