

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

5 CONSENTEMENT DU OU DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ OU DE LEUR MANDATAIRE (suite)

Signature	Numéro de pratique	Date
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J
		A M J

GUIDE DE REMPLISSAGE

Le formulaire doit être rempli par un professionnel de la santé.

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

Cocher la case correspondant à la situation qui vous concerne :

- Inscrire votre numéro de pratique et vos prénom et nom, si vous êtes un professionnel de la santé participant au régime d'assurance maladie.
- Inscrire le numéro du groupe de professionnels ainsi que le nom sous lequel le compte administratif est enregistré à la Régie.

Section 2 TYPE D'ACCRÉDITATION

Inscrire votre choix de mode de facturation : par télécommunication ou sur disquette.

Inscrire votre choix d'état de compte : par télécommunication ou sur papier.

Veillez noter que, si la facturation se fait sur disquette, l'état de compte doit toujours être retourné sur papier.

Section 3 RENSEIGNEMENTS SUR L'AGENCE DE TRAITEMENT DE DONNÉES

Inscrire le numéro et le nom ou la raison sociale de l'agence de traitement de données.

Section 4 RETRAIT D'UN NUMÉRO D'AGENCE

Remplir cette section si vous désirez faire retirer un numéro d'agence. **Vous ne pouvez posséder plus d'un numéro d'agence pour votre facturation personnelle et par compte administratif.**

Cocher la case correspondant à la situation qui vous concerne : facturation personnelle ou avec compte administratif (en groupe).

Inscrire le numéro de l'agence ainsi que la date de fin de mandat.

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

Ce document doit être signé et daté par le professionnel ou le mandataire. **Si le groupe de professionnels n'est pas représenté par un mandataire, tous les professionnels membres de ce groupe doivent signer la section 5.**