

PREMIÈRE INSCRIPTION

MODIFICATIONS

NUMÉRO D'AGENCE ASSIGNÉ PAR LA RÉGIE

AGP

Type de modifications:

Agence commerciale de traitement de données REMPLISSEZ sections 1+4

Regroupement de professionnels REMPLISSEZ sections 2+4

Professionnel seul REMPLISSEZ sections 3+4

1. Renseignements relatifs à l'agence commerciale de traitement de données

Raison sociale de l'agence					
Nom de la personne responsable			Prénom de la personne responsable		
Adresse		Code postal		Province	
Courrier électronique			Site Internet		
Téléphone Ind. rég.	Poste	Autre téléphone Ind. rég.	Poste	Télécopieur Ind. rég.	
Catégorie de professionnels <input type="checkbox"/> MÉDECINS <input type="checkbox"/> DENTISTES <input type="checkbox"/> OPTOMÉTRISTES					
Notes: <ul style="list-style-type: none"> • Votre agence doit inscrire au moins un professionnel afin d'être accréditée. Formulaires à joindre obligatoirement à votre envoi: Le 2404 Demande d'accréditation et le 2788 Mandat. • Selon l'article 17 c) du <i>Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie</i>, l'agence de traitement de données doit porter une attention particulière à la condition suivante: « elle est rémunérée pour ses services sur une base autre qu'à commission ou à pourcentage sur les montants des honoraires exigibles de la Régie ou payés par la Régie ». • Les noms des agences commerciales de traitement de données sont diffusés sur le site Internet de la Régie. <input type="checkbox"/> Veuillez inscrire le nom de mon agence sur la liste des agences commerciales de traitement de données diffusée auprès des professionnels de la santé. 					

2. Renseignements relatifs à l'agence privée (regroupement de professionnels)

Raison sociale de l'agence					
Nom de la personne responsable			Prénom de la personne responsable		
Adresse		Code postal		Province	
Courrier électronique					
Téléphone Ind. rég.	Poste	Autre téléphone Ind. rég.	Poste	Télécopieur Ind. rég.	
Catégorie de professionnels <input type="checkbox"/> MÉDECINS <input type="checkbox"/> DENTISTES <input type="checkbox"/> OPTOMÉTRISTES					
Note: Votre agence doit inscrire au moins un professionnel afin d'être accréditée. Formulaire à joindre obligatoirement à votre envoi: Le 2404 Demande d'accréditation.					

3. Renseignements relatifs à l'agence privée (professionnel seul)

Nom et prénom du professionnel		N° de pratique	
Adresse		Code postal	Province
Courrier électronique			
Téléphone Ind. rég.	Poste	Autre téléphone Ind. rég.	Poste
		Télécopieur Ind. rég.	
Note: Formulaire à joindre obligatoirement à votre envoi: Le 2404 Demande d'accréditation.			

4. Description du système de facturation informatisée

Nom du développeur	N° du développeur assigné par la Régie
Nom du logiciel de facturation	N° de version

IMPORTANT: L'agence doit aviser la Régie pour tout changement administratif, technique ou de coordonnées. Pour ce faire, veuillez utiliser le présent formulaire en indiquant le type de modifications requis. Ainsi l'agence sera assurée d'être informée lors de l'envoi de toute publication.

SIGNATURE DE LA PERSONNE RESPONSABLE OU DU PROFESSIONNEL	DATE		
	ANNÉE	MOIS	JOUR

Veillez envoyer ce formulaire à l'adresse suivante:

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4
Télécopieur: 418 646-8110