

1. IDENTIFICATION

Professionnel de la santé :

Le soussigné :
(prénom, nom et numéro de professionnel)

professionnel de la santé participant au régime d'assurance maladie transmet 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).

S'il s'agit d'un groupe de professionnels de la santé :

.....
(nom du groupe ou de la société de professionnels)

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 identifiées par le numéro de compte administratif, transmet 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

L'accréditation est demandée pour transmettre des demandes de paiement par :

- Disquette Télécommunication

3. FORMULAIRES REQUIS (CES FORMULAIRES DEVRONT ÊTRE ANNEXÉS À LA PRÉSENTE DEMANDE)

- RENSEIGNEMENTS À FOURNIR POUR LA FACTURATION INFORMATISÉE (2746).
- 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 .

4. 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.....
(Professionnel de la santé OU mandataire dûment autorisé « Formulaire 3005 » du groupe)

Signé à ce jour de