

Autorisation de paiement par dépôt direct

Pour éviter des délais ou le refus du traitement de votre demande,
 veuillez lire attentivement les renseignements fournis au verso.

Identité du demandeur

NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ. DANS LE CAS DE TIERS PAIEMENT, NOM DU GROUPE OU DE LA SOCIÉTÉ DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ NOM DU PHARMACIEN OU DE LA SOCIÉTÉ DE PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES		NUMÉRO D'INSCRIPTION (PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ, PHARMACIE, GROUPE OU SOCIÉTÉ DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ)
ADRESSE		
CODE POSTAL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

À remplir si la demande provient d'un professionnel de la santé ou d'un dispensateur

Cochez la ou les cases qui correspondent à votre demande et remplir au besoin

- facturation en utilisant uniquement le numéro de professionnel;
- facturation en utilisant le ou les numéros de compte administratif (groupe) suivants,,,,

Autorisation (voir verso)

J'autorise, par la présente, la Régie de l'assurance maladie du Québec à déposer la somme qui équivaut au paiement des services ou des biens fournis, déduction faite des prélèvements nécessaires au compte mentionné ci-après, le tout aux conditions indiquées au verso.

NOM (EN LETTRES MAJUSCULES)	NUMÉRO D'INSCRIPTION	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR

Spécimen de chèque

Veuillez joindre au formulaire, un spécimen de chèque (annulé) du compte utilisé sur lequel sont pré-imprimés le numéro du compte et l'identité du ou des titulaires (nom sous lequel le compte utilisé est inscrit).

AU BESOIN, veuillez faire remplir la section ci-dessous par VOTRE INSTITUTION FINANCIÈRE :

- si vous n'utilisez pas un compte-chèques;
- si vous ne pouvez fournir un spécimen de chèque personnalisé (annulé);
- si le nom du groupe ou de la société de professionnels de la santé, du ou des titulaires du compte utilisé ne paraît pas sur le chèque.

SECTION À REMPLIR PAR L'INSTITUTION FINANCIÈRE

Ce compte est enregistré sous :

Nom légal de l'entreprise (groupe ou société)	N° de la succ.	N° de l'inst.	N° de compte
---	----------------	---------------	--------------

ou
 Nom et prénom (en lettres majuscules) du ou des professionnel (s) de la santé ou du ou des dispensateurs

Nom, adresse et code postal de l'institution financière (cachet de l'institution accepté)			
Signature du représentant autorisé de l'institution financière	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE		
Date	Année	Mois	Jour

**Veuillez retourner à la Régie le présent original.
 Les télécopies ne sont pas acceptées.**

À L'USAGE DE LA RÉGIE

Date d'entrée en vigueur	Année	Mois	Jour	SIGNATURE DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ DE LA RÉGIE
--------------------------	-------	------	------	--

RÈGLES RÉGISSANT LE PAIEMENT PAR DÉPÔT DIRECT

Les différentes ententes conclues avec des organismes représentatifs d'une catégorie de professionnels de la santé précisent les modalités d'application d'un paiement par dépôt direct. Ces modalités s'appliquent ainsi à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Professionnel de la santé

Le paiement des demandes de paiement facturées uniquement avec le numéro de professionnel, ou en y ajoutant un numéro de compte administratif (groupe) individuel ou collectif sans mandat de tiers paiement, peut être viré au compte bancaire personnel du professionnel. Ce compte personnel doit être enregistré au nom légal et prénom du professionnel.

Le paiement des demandes de paiement sur lesquelles vous ajoutez un numéro de compte administratif collectif (groupe) pour lequel vous avez au préalable donné un mandat de tiers paiement peut être uniquement viré au compte du groupe. Ce compte bancaire doit alors porter le même nom que celui sous lequel le groupe ou la société de professionnel de la santé est inscrit à la Régie.

Pharmacien

Le paiement des relevés d'honoraires ou des demandes de paiement provenant du ou des pharmaciens propriétaires peut être viré, selon le cas :

- au compte personnel du pharmacien propriétaire;
- au compte commun des pharmaciens propriétaires;
- à un compte ayant le même nom que celui qui est inscrit à la Régie sous « Raison sociale pharmacie ».

Dispensateur

Le paiement des demandes de paiement provenant d'un dispensateur peut être uniquement déposé à son compte personnel, enregistré au nom légal et prénom du dispensateur.

AUTORISATION

Section 2. Le formulaire doit obligatoirement être signé, selon le cas, par le professionnel de la santé, le groupe de professionnels de la santé (signature de chacun des membres du groupe ou de la société), le ou les pharmaciens propriétaires ou encore le dispensateur.

AUTRES RENSEIGNEMENTS

L'état de compte indiquant le détail des gains, les prélèvements s'il y a lieu et les demandes de paiement traitées comprendra également le montant net du dépôt direct dont le numéro figurera dans la case « numéro du chèque », suivi de la lettre « V », qui signifie qu'il s'agit bien d'un dépôt direct.

MODIFICATION DES RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DÉPÔT DIRECT

Il incombe à la ou aux personnes qui autorisent la Régie à faire des dépôts directs de lui transmettre toute modification touchant les renseignements inscrits dans la section « À REMPLIR PAR L' INSTITUTION FINANCIÈRE ». Il faudra par conséquent remplir un nouveau formulaire.

ANNULATION DU DÉPÔT DIRECT

Il est possible d'annuler en tout temps le paiement par dépôt direct des demandes de paiement ou des relevés d'honoraires, en écrivant à l'adresse ci-contre.

ADRESSE DE RETOUR

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 15000 Québec (Québec) G1K 9H9

Un délai raisonnable doit cependant être donné à la Régie pour qu'elle puisse effectuer une modification ou une annulation.