

1 Description des services en ligne demandés (à l'usage de la RAMQ)

| | |
|--------------|---|
| Description | PRESTATION ÉLECTRONIQUE DE SERVICES À LA DGRP |
| Applications | ACCÈS AUX FORMULAIRES DYNAMIQUES |

2 Utilisateur

| | | |
|--|---|---|
| Nom | Prénom | Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Fonction | Est-ce que vous possédez un accès pour d'autres services en ligne à la RAMQ? Si oui, donnez le code d'accès : | |
| Nom de l'entité (établissement, organisme, société, groupe de recherche, etc.) | | Numéro |
| Adresse de correspondance (lieu de travail) | Adresse électronique : <input type="checkbox"/> Lotus Notes <input type="checkbox"/> Internet | |
| CODE POSTAL | Téléphone IND. RÉG. | POSTE Télécopieur IND. RÉG. |
| Je m'engage : - à ne pas divulguer les éléments d'identification qui seront délivrés à mon nom afin de me permettre d'avoir accès aux services en ligne de la RAMQ dans le cadre de la présente demande; - à n'utiliser ces éléments d'identification que pour les fins pour lesquelles ils seront délivrés. | | SIGNATURE DE L'UTILISATEUR DATE ANNÉE MOIS JOUR |

3 Autorisation

| | | |
|--|---|---|
| Nom | Prénom | Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Fonction | <input type="checkbox"/> Directeur des services professionnels <input type="checkbox"/> Directeur général <input type="checkbox"/> Directeur provincial ou régional de la santé publique <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom de l'entité (établissement, organisme, société, groupe de recherche, etc.) | | Numéro |
| Adresse de correspondance (lieu de travail) | Adresse électronique : <input type="checkbox"/> Lotus Notes <input type="checkbox"/> Internet | |
| CODE POSTAL | Téléphone IND. RÉG. | POSTE Télécopieur IND. RÉG. |
| Je m'engage : - à ne pas divulguer les éléments d'identification délivrés au nom de l'utilisateur mentionné ci-dessus dont je pourrais prendre connaissance; - à transmettre à cet utilisateur, en toute sécurité, les éléments d'identification qui seront délivrés à son nom dans le cadre de la présente demande. | | J'autorise l'utilisateur ci-dessus à obtenir le niveau d'accès suivant (cochez une seule case). <input type="checkbox"/> Niveau 1 (saisie des formulaires) <input type="checkbox"/> Niveau 2 (autorisation des formulaires) |
| J'autorise l'utilisateur ci-dessus à utiliser les formulaires électroniques prévus pour l'application mentionnée à la section 1. | | SIGNATURE DATE ANNÉE MOIS JOUR |

Note : Advenant le non-respect d'un des engagements décrits ci-dessus, la RAMQ se réserve le droit de retirer en tout temps et sans préavis l'accès aux services en ligne accordé dans le cadre de la présente demande.

4 Privilèges d'accès créés et éléments d'identification remis (à l'usage de la RAMQ)

| | | | |
|---|---------------------|--------------|---|
| Période ou durée de validité des éléments d'identification délivrés | Numéro de référence | Code d'accès | DATE D'INSCRIPTION ANNÉE MOIS JOUR |
| SIGNATURE DU RÉPONDANT À LA RAMQ | SIGNATURE STS | | DATE ANNÉE MOIS JOUR |

Veuillez remplir et signer le formulaire et le retourner à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
 Support aux services en ligne (courrier Q029)
 Case postale 500
 Québec (Québec) G1K 7B4

Pour nous joindre : Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30
 Téléphone : Québec : 418 643-8210
 Montréal : 514 873-3480
 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 463-4776
 Courrier électronique : sel.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Directives

- Remplissez en lettres majuscules les sections 2 et 3 du formulaire.
- Signez aux endroits indiqués. Tout formulaire non signé sera retourné à l'expéditeur.
- Les lettres moulées, les initiales et les tampons ne sont pas acceptés pour la signature.
- Aucun document photocopié ou télécopié ne sera accepté.
- Retournez le formulaire par la poste à l'adresse indiquée.

Adresse de correspondance (lieu de travail)

Inscrivez l'adresse où on peut vous faire parvenir les documents de confirmation.

Adresse électronique

Cochez la case appropriée. Si vous possédez les deux adresses, inscrivez l'adresse Lotus Notes pour des raisons de sécurité.

Autorisation du représentant désigné

Cette partie doit être remplie par la personne qui a été désignée pour représenter l'entité dans les communications avec la RAMQ. C'est le représentant désigné qui recevra les éléments d'identification de l'utilisateur et qui devra les lui transmettre en toute sécurité.

Code d'accès

Si vous possédez un accès pour d'autres services en ligne de la RAMQ, inscrivez votre code d'accès. Exemple : CE suivi de cinq chiffres ou IP suivi de six chiffres.

Entité

Nommez l'établissement, l'organisme, la société ou le groupe de recherche ayant conclu une entente avec la RAMQ.

Fonction de l'utilisateur

Inscrivez le nom de la fonction que vous assumez (exemples : secrétaire administrative, coordonnateur du projet) qui vous amène à devoir communiquer avec la RAMQ et à utiliser les services qui vous seront rendus accessibles.

Numéro

Inscrivez le numéro de l'établissement, ou de pratique dans le cas d'un professionnel, ou de dispensateur dans le cas d'un dispensateur de services assurés.

Utilisateur

L'utilisateur désigne une personne qui communique avec la RAMQ à l'aide d'un ordinateur dans le but d'utiliser les formulaires offerts dans la prestation électronique de services.