

Veillez cocher la case qui correspond à votre demande.

- Professionnels qui désirent obtenir un compte administratif collectif pour identifier leurs activités professionnelles au sein d'un groupe ou une société. **Remplir toutes les sections de la partie 1.**
- Professionnel qui s'associe à un groupe ou une société existante et qui désire s'inscrire au compte administratif collectif de celui-ci pour indiquer les activités professionnelles qu'il y exerce. **Remplir la partie 2 au verso.**
- Professionnel qui désire obtenir un compte administratif individuel pour indiquer ses activités professionnelles. **Remplir la partie 3 au verso.**

Partie 1 Demande d'un compte administratif collectif

A) Avis de pratique en groupe ou en société

Les professionnels de la santé, dont le nom et le numéro d'inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après appelée « la Régie ») sont inscrits ci-dessous,

Nom et prénom des professionnels de la santé	Numéro d'inscription
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

déclarent qu'ils exercent leurs activités professionnelles en groupe ou en société, sous le nom

.....
 (Nom du groupe ou de la société de professionnels de la santé)

N.B. Ce nom ne doit pas désigner une personne et doit être représentatif d'un regroupement de professionnels de la santé. Tout autre nom doit être autorisé par le Collège des médecins du Québec ou l'Ordre, selon le règlement sur l'exercice de la profession en société.

.....
 (Adresse du groupe ou de la société de professionnels de la santé)

B) Demande d'un numéro de compte administratif collectif

Les professionnels nommés ci-dessus demandent à la Régie de leur attribuer un numéro de compte administratif collectif qui leur permettra d'indiquer leurs activités professionnelles au sein du groupe ou de la société.

L'utilisation de ce numéro de compte sur les demandes de paiement par les professionnels nommés ci-dessus, fera en sorte que le paiement de ces dernières s'effectuera distinctement de leur facturation personnelle. **Les états de compte seront transmis à l'adresse du groupe ou de la société. En l'absence d'un mandat de tiers paiement, les chèques seront émis à l'ordre du professionnel et acheminés à la même adresse ou, à la demande de ce dernier le paiement s'effectuera par dépôt direct à son compte bancaire personnel.**

EN FOI DE QUOI, les professionnels nommés ci-dessus ont

SIGNÉ à, ce jour du mois de de l'an

Signature des professionnels de la santé	Numéro d'inscription
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Si l'espace est insuffisant, veuillez remplir un autre formulaire.

N.B. Lorsque la Régie donne suite au présent avis, accompagné ou non d'un mandat de tiers paiement, **elle le fait à des fins purement administratives et chacun des professionnels de la santé visés demeure personnellement responsable** des demandes de paiement ainsi établies et de leur paiement.

C) Renseignements supplémentaires sur le groupe ou la société de professionnels de la santé

DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DU COMPTE ADMINISTRATIF	ANNÉE	MOIS	JOUR	NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER POUR PLUS D'INFORMATION
TÉLÉPHONE 1	TÉLÉPHONE 2		TÉLÉCOPIEUR	COURRIER ÉLECTRONIQUE (INTERNET)

Partie 2 Professionnel de la santé qui s'associe à un groupe ou une société existante possédant un compte administratif collectif attribué par la Régie

Je,, inscrit à la Régie sous le numéro,

déclare être associé au groupe ou la société inscrite à la Régie sous le nom

.....
(Nom du groupe ou de la société de professionnels de la santé)

.....
(Adresse du groupe ou de la société de professionnels de la santé)

et vouloir être inscrit au compte administratif dont le numéro est

L'utilisation de ce numéro de compte sur mes demandes de paiement, fera en sorte que le paiement de ces dernières se fera distinctement de ma facturation personnelle. **Les états de compte seront transmis à l'adresse du groupe ou de la société. En l'absence d'un tiers paiement, un chèque sera émis à mon nom et acheminé à cette même adresse ou, à ma demande, le paiement s'effectuera par dépôt direct à mon compte bancaire personnel.**

Je désire que la date de début d'utilisation de ce compte administratif soit le

.....
Signature du professionnel

.....
Date

N.B. Lorsque la Régie donne suite au présent avis, accompagné ou non d'un mandat de tiers paiement, **elle le fait à des fins purement administratives et chacun des professionnels de la santé visés demeure personnellement responsable** des demandes de paiement ainsi établies et de leur paiement.

Partie 3 Professionnel qui demande un numéro de compte administratif individuel

Je,, inscrit à la Régie sous le numéro,

demande à la Régie de m'attribuer un numéro de compte administratif individuel qui me permettra d'identifier mes activités professionnelles.

L'utilisation de ce numéro de compte sur mes demandes de paiement fera en sorte que le paiement et l'état de compte de ces dernières se feront distinctement de toute autre facturation.

Je désire que les états de compte des demandes de paiement portant ce numéro me soient expédiés à l'adresse suivante :

.....
ou au numéro de transmission (agence) suivant :, et que le paiement se fasse tel qu'il est coché et inscrit ci-après.

Par dépôt direct, au même compte que mes transactions personnelles.

Selon le formulaire *Autorisation de paiement par dépôt direct* ci-joint.

Par chèque à l'adresse suivante :

.....
Téléphone :

.....
Signature du professionnel

.....
Date

.....
Veuillez inscrire la date de début d'utilisation du compte administratif :

N.B. Lorsque la Régie donne suite au présent avis, **elle le fait à des fins purement administratives, ce qui ne change en rien les règles de facturation et de paiement habituelles.**