

Utilisez ce formulaire si votre agence de facturation personnelle ou privée devient une agence de facturation commerciale.

Renseignements sur l'agence de facturation commerciale

Numéro de transmission de l'agence A G P	Nom ou raison sociale de l'agence
---------------------------------------------	-----------------------------------

Autorisation

En signant ce formulaire, vous autorisez cette agence à :

1. réclamer pour vous, en votre nom, vos honoraires de la RAMQ;
2. se substituer à une autre agence de traitement de données à la suite d'une décision administrative ou technique qui modifie l'accréditation initiale, sans qu'il soit nécessaire pour vous de soumettre une nouvelle demande d'accréditation.

De plus, vous nous autorisez à transmettre à l'agence identifiée tous les renseignements qu'elle requiert en cas de réclamation de sa part.

Cette autorisation entre en vigueur à compter de la date à laquelle nous acceptons votre demande d'accréditation et elle le demeure pour la durée de cette accréditation.

Vous pouvez inscrire jusqu'à 8 professionnels ou dispensateurs dans ce formulaire. Si l'espace est insuffisant, utilisez un formulaire additionnel.

Signatures des professionnels de la santé ou des dispensateurs de services assurés

Prénom et nom	Signature	Numéro du professionnel ou du dispensateur	Date		
			Année	Mois	Jour

Protection de vos renseignements personnels

Pour vous offrir certains services, nous devons recueillir, utiliser et parfois communiquer vos renseignements personnels. Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection de ces renseignements dans notre site Web, consultez notre Politique de confidentialité au www.ramq.gouv.qc.ca/confidentialite.

Transmission du formulaire

Veuillez nous transmettre ce formulaire par télécopieur au 418 646-8110 ou par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3