

Le gestionnaire des autorisations d'accès (GAA) doit être un professionnel qui exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnels visé.

1 - IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DU GAA

Prénom : _____ Nom : _____ Sexe : _____

Date de naissance : _____ (aaaa-mm-jj) Courriel : _____

Numéro(s) où le GAA peut être joint :

Téléphone au travail : _____ Poste : _____ Cellulaire : _____

Titre professionnel et N° membre à l'ordre : _____

En cochant cette case, le GAA demande que les accès DSQ relatifs à son titre professionnel lui soient aussi octroyés.

Note: cette case ne peut être cochée que si le titre professionnel inscrit à la ligne au-dessus est : audiologiste, chiropraticien, dentiste, diététiste ou nutritionniste, ergothérapeute, hygiéniste dentaire, infirmier (ère), infirmier (ère) auxiliaire, inhalothérapeute, optométriste, orthophoniste, physiothérapeute, podiatre, psychoéducateur, psychologue, technologue en physiothérapie, travailleur social.

2 - IDENTIFICATION DE L'ORGANISME QUI EXPLOITE LE (S) LIEUX

Nom légal : _____

*La société exploite en tout ou en partie les cabinets privés de professionnels identifiés à la section 3.
Vous devez inscrire le nom légal de l'entreprise tel qu'il apparaît au Registre des entreprises du Québec.*

NEQ : _____

OU

N° d'entreprise du Québec

Nom du propriétaire : _____

J'exploite en tout ou en partie, en mon nom personnel, le (s) cabinet (s) privé (s) de professionnels identifiés à la section 3.

3 - IDENTIFICATION DU (ES) LIEU(X) DE DISPENSATION DE SERVICES DE TYPE « CABINET PRIVÉ DE PROFESSIONNELS »

Veillez identifier le(s) lieu(x) de dispensation de services où le GAA cité dans la section 1 exerce habituellement sa profession et où il exercera son rôle de GAA. Le lieu principal doit être inscrit ci-dessous, et les autres lieux en annexe.

Nom usuel : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : Québec Pays : Canada

Code postal : _____

Définition de cabinet privé de professionnels (LPCRS, article 2)

Cabinet de consultation ou bureau, situé ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement, où un ou plusieurs des professionnels individuellement ou en groupe, pratiquent habituellement leur profession à titre privé et à leur seul compte, sans fournir à leur clientèle, directement ou indirectement, des services d'hébergement.

4 - DÉCLARATION ET SIGNATURE DU DIRIGEANT DU CABINET PRIVÉ DE PROFESSIONNELS

Prénom et nom du Dirigeant du cabinet : _____

En cochant cette case et en apposant ma signature ci-dessous :

- Je déclare que la personne identifiée à la section 1 ci-dessus est un professionnel qui exerce sa profession dans le cabinet privé de professionnels identifié à la section 3 du présent formulaire;

- Je confirme être un dirigeant (président, vice-président, trésorier, secrétaire de la société par actions ou associé de la société en nom collectif à responsabilité limitée ou propriétaire) de l'organisme identifié dans la section 2.

Signature du Dirigeant du Cabinet privé de professionnels : _____ Date : _____

5 - DÉCLARATION ET SIGNATURE DU GAA POUR UNE DEMANDE D'AUTORISATION

- Je consens à exercer mon rôle de GAA seulement envers les personnes qui sont à l'emploi du(es) cabinet(s) privé(s) de professionnels identifié(s) à la section 3, et ainsi à exercer mon rôle en respect de la *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (chapitre P.9-0001) (LPCRS)*, du *Règlement sur les autorisations d'accès* et la durée de conservation des renseignements contenus dans une banque de renseignements de santé d'un domaine clinique et des règles particulières qui s'y réfèrent.

- Je m'engage à aviser la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) de tout changement concernant les renseignements fournis dans le présent formulaire.

- Je m'engage à aviser la RAMQ dès que je ne désirerai plus exercer mon rôle de GAA.

- Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets.

Signature du GAA : _____ Date : _____

6 - TRANSMISSION DU FORMULAIRE REMPLI ET SIGNÉ

Retournez la demande par l'un des canaux suivants :

Télécopieur : 418 266-6487

1 855 216-9811 (sans frais)

Courriel : clientele.ds@ramq.gouv.qc.ca

Courrier postal recommandé : Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ. Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

Pour toute information complémentaire :

Téléphone : 418 646-4887

1 866 304-7802 (sans frais)

Note : Les modes de transmission proposés ci-haut sont jugés sécuritaires par la Régie de l'assurance maladie du Québec. L'utilisation de tout autre moyen de transmission n'est pas recommandée. Le transfert de l'information vers un support faisant appel à une technologie différente, dont le télécopieur, doit être effectué conformément à la *Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information (chapitre C-1.1)* afin que le document résultant du transfert comporte la même information que le document source et que son intégrité soit assurée.

ANNEXE À LA SECTION 3 - LIEUX DE DISPENSATION DE SERVICES - CABINET PRIVÉ DE PROFESSIONNELS

Veillez identifier tous les autres lieux de dispensation de services où vous désirez exercer votre rôle de GAA.

Nom usuel : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : Québec Code postal : _____ Téléphone : _____

Nom usuel : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : Québec Code postal : _____ Téléphone : _____

Nom usuel : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : Québec Code postal : _____ Téléphone : _____

Nom usuel : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : Québec Code postal : _____ Téléphone : _____