

**1 Description des services en ligne demandés**

Description PRESTATION ÉLECTRONIQUE DE SERVICES À LA DGRP

Application GMF - B2B (INSCRIPTION)

**2 Utilisateur**

Identifiant de formation (développeur)

Identifiant de production (GMF)

Donnez le nombre d'identifiants désirés\*

\* Le nombre d'identifiants ne correspond pas nécessairement au nombre de postes informatiques ou au nombre d'utilisateurs.

Afin de connaître le nombre d'identifiants nécessaires, veuillez vous référer à votre développeur.

**3 Autorisation du médecin responsable du GMF**

Nom		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nom du GMF				Numéro du GMF	
Adresse de correspondance du lieu de travail			Adresse électronique <input type="checkbox"/> Lotus Notes <input type="checkbox"/> Internet		
.....			.....		
CODE POSTAL			Ind. rég.	Téléphone	Poste
.....			Ind. rég.	Télécopieur	
.....			.....		
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 utiliser les formulaires électroniques prévus pour l'application mentionnée à la section 1.			SIGNATURE DU MÉDECIN RESPONSABLE DU GMF		
			Date	Année	Mois

**Note :** Advenant le non-respect d'un des engagements décrits ci-dessus, la Régie 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		
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 (dépôt 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 la section 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.
- Postez le formulaire à l'adresse indiquée.

### **Adresse de correspondance du lieu de travail**

Inscrivez l'adresse où doivent être envoyés 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 médecin responsable du GMF**

Cette partie doit être remplie par le médecin responsable du GMF. C'est cette personne qui recevra la documentation contenant les accès.

### **Ordinateur utilisateur**

L'ordinateur utilisateur est un système informatique qui communiquera automatiquement avec la Régie sans l'aide de personne.

Nombre d'identifiants désirés : Seul le développeur de logiciels peut fournir cette information.