



PLATEFORME IA  
avantages collectifs et individuels

DÉPÔT DIRECT

## Formulaire d'inscription au dépôt direct

Veuillez remplir ce formulaire et nous le retourner par :

**Courriel** support@segic.ca

**Télécopieur** 514-312-9047

Tous les champs sont obligatoires

### Type de demande

- |                                                                                                     |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Première inscription                                                       | <input type="checkbox"/> Modification personne ressource |
| <input type="checkbox"/> Modification coordonnées bancaires                                         | <input type="checkbox"/> Changement de n° de RAMQ        |
| <input type="checkbox"/> Modification relevés en ligne                                              |                                                          |
| <input type="checkbox"/> Modification de coordonnées (adresse, téléphone, courriel, télécopieur...) |                                                          |

### Identité de la pharmacie requérante

Raison sociale ou nom commercial de la pharmacie

Chaîne ou bannière

Numéro d'inscription à la RAMQ

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Courriel principal

Nom de la personne ressource

Titre

Mode de communication préféré

☐ Courriel

☐ Téléphone

☐ Télécopieur

☐ Poste

Langue de correspondance

☐ Français

☐ Anglais

# Autorisation et signature



Veuillez inscrire ci-dessous tous les signataires autorisés de la pharmacie, avec leur numéro de l'OPQ et leur signature.

*Je, soussigné, déclare être un signataire autorisé à remplir le présent formulaire au nom de la pharmacie requérante. J'autorise, par la présente, Segic à effectuer des dépôts directs pour le remboursement des frais et services encourus, dans le compte bancaire dont les renseignements sont spécifiés dans la section à cet effet à la première page du formulaire. Les présentes directives annulent toutes les directives précédentes concernant le paiement par dépôt direct des demandes de règlement. Je consens aussi à rembourser Segic pour tous fonds déposés par erreur dans ce compte. Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à avis contraire.*

## Signataires autorisés de la pharmacie

| Nom de chaque pharmacien propriétaire | Numéro de pratique de l'OPQ | Signature |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------|
|                                       |                             |           |
|                                       |                             |           |
|                                       |                             |           |
|                                       |                             |           |
|                                       |                             |           |

Titre du signataire autorisé

Date de signature

## Renseignements bancaires

Numéro de succursale ou de transit

Numéro de l'institution bancaire

Numéro de compte

Téléphone de l'institution bancaire

Date à laquelle Segic peut activer son lien à votre compte

## Inclure ici le chèque spécimen portant la mention « Annulé »

Les éléments suivants doivent obligatoirement apparaître sur le chèque spécimen :

- raison sociale ou nom commercial
- adresse
- numéro de compte

Si ces éléments ne sont pas présents sur le chèque spécimen, veuillez nous transmettre une lettre de votre institution financière confirmant le nom du titulaire du compte, votre numéro de compte et le ou les noms du ou des signataires autorisés.

# Formulaire d'inscription aux relevés en ligne



**Vous devez faire une demande distincte pour chacun de vos établissements.**

Tous les champs sont obligatoires. Si les coordonnées de la pharmacie sont identiques à celles du formulaire d'inscription au dépôt direct, vous n'avez pas à remplir la section « Ma pharmacie ».

## Demandeur

Nom

Prénom

Téléphone

Télécopieur

Courriel

## Ma pharmacie

Raison sociale ou nom commercial de la pharmacie

Chaîne ou bannière

Numéro d'inscription à la RAMQ

Adresse

Ville

Province

Code postal

### Une question sur ce formulaire ?

Téléphone : 1 844 786-4704 Courriel : [support@segic.ca](mailto:support@segic.ca)