



Innovation en assurance  
et santé collectives

## Formulaire d'inscription au dépôt direct

Veillez remplir ce formulaire à la main lisiblement, en lettres moulées,  
et nous le retourner par l'un des moyens ci-dessous.

**Courriel** : support@segic.ca

**Télécopieur** : 514-312-9047

**Poste** : Segic, 7220, boulevard Grande-Allée, Saint-Hubert (Québec) J3Y 0N8

### **IMPORTANT**

**Tous les champs sont obligatoires.**

Vous pourrez modifier ces informations au besoin en nous retournant un formulaire corrigé.

Identité de la pharmacie requérante						
Raison sociale ou nom commercial de la pharmacie						
Chaîne/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		<input type="checkbox"/> Courriel	<input type="checkbox"/> Téléphone		Langue	
		<input type="checkbox"/> Télécopieur	<input type="checkbox"/> Poste	<input type="checkbox"/> Français		

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



Veillez inscrire ci-dessous tous les signataires autorisés de la pharmacie, avec leur numéro de la RAMQ et leur signature.

## Autorisation et 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 dans 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.*

Nom de chaque pharmacien propriétaire (en lettres moulées)	Numéro de pratique de l'OPQ	Signature

## 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.

Pour toute question, veuillez nous contacter au 514-312-9046, poste 106 ou [support@segic.ca](mailto:support@segic.ca)

