

Prière d'écrire lisiblement. Pour des précisions sur le présent formulaire, s'adresser aux services de renseignements du ministère en composant le 1-800-262-6524 ou en écrivant à : [SSContactCentre.MOH@ontario.ca](mailto:SSContactCentre.MOH@ontario.ca).

**Objet**

Le présent formulaire est destiné aux membres de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) qui sont admissibles au Programme de remboursement ARM de l'Ontario.

La présente autorisation et demande de versement direct demeurera en vigueur jusqu'à réception d'une note écrite envoyée au ministère de la Santé (MSAN) autorisant l'annulation ou la modification des options.

Les médecins doivent respecter **les trois** modalités suivantes pour recevoir un remboursement :

- être membre de l'ACPM;
- être inscrit aux versements directs du MSAN (voir la section 3);
- remplir le formulaire Autorisation et demande de versement direct et le faire parvenir au MSAN.

Les médecins qui ne sont pas membres de l'ACPM ou ceux qui ne respectent pas ces trois modalités ne sont pas admissibles aux options de remboursement A et B et doivent s'adresser aux services de renseignements du MSAN au 1-800-262-6524 pour connaître la marche à suivre.

**Nota :** Les médecins dont le code de type de travail est 12, 13 ou 14 ne sont pas admissibles à l'option A.

Remplir toutes les sections et faire parvenir le formulaire dûment rempli de l'une des façons suivantes :

Courriel : [MLPReimbursement@ontario.ca](mailto:MLPReimbursement@ontario.ca)

Télécopieur : 613-545-5810

Poste : Ministère de la Santé  
Programme de remboursement ARM  
347, rue Preston, 4<sup>e</sup> étage  
Ottawa ON K1S 3J4

Cochez l'une des options suivantes :

Nouveau       Changement

**Section 1 – Identification**

Nom de famille

Prénom

N° de membre de l'OMCO

N° de facturation de l'Assurance-santé

Numéro de membre de l'ACPM

## Section 2 – Modes de remboursement (cochez l'option de votre choix)

### Option A – Remboursement anticipé

1. Au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier de l'année visée par le remboursement, les médecins doivent faire parvenir à l'ACPM une demande de renouvellement d'adhésion, accompagnée d'une autorisation de versement direct annuel à effectuer le 1<sup>er</sup> mai.
2. En mars, l'ACPM fera parvenir au MSAN les données utiles concernant les médecins ayant signé une autorisation de transmission électronique d'information.
3. À partir du 1<sup>er</sup> avril et au plus tard le 30 avril, le MSAN versera directement dans le compte des médecins le montant total du remboursement auquel ils ont droit pour l'année en cours. Les paiements versés dans le cadre du Programme de remboursement ARM peuvent faire l'objet de rajustements permis ou exigés par la loi.

**Nota :** Le 1<sup>er</sup> mai, l'ACPM traitera les versements directs.

### Option B – Remboursements trimestriels en cours d'année

1. Au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier de l'année visée par le remboursement, les médecins doivent faire parvenir à l'ACPM une demande de renouvellement d'adhésion.
2. L'ACPM fera parvenir au MSAN les renseignements sur les paiements tous les trimestres.
3. Selon les renseignements obtenus de l'ACPM, le MSAN fera un versement trimestriel directement dans le compte bancaire des médecins. Les paiements versés dans le cadre du Programme de remboursement ARM peuvent faire l'objet de rajustements permis ou exigés par la loi.

## Section 3 – Demande de versement direct aux fins du Programme de remboursement ARM

Les médecins admissibles au Programme de remboursement ARM doivent remplir cette section pour s'inscrire aux versements directs du MSAN ou pour mettre à jour ou modifier leurs renseignements bancaires pour ce programme.

**Nota :** Vous devez donner au ministère un **préavis écrit de 30 jours** si vos renseignements bancaires changent.

Nouvelle demande       Mise à jour/changement

J'autorise par la présente le MSAN à verser directement mon remboursement ARM dans mon compte bancaire, et je joins l'un des documents suivants :

- **soit** un chèque numérisé ou un chèque original en blanc avec le mot « ANNULÉ » inscrit sur celui-ci, tiré sur mon institution financière, portant les numéros micro-encodés de succursale, d'établissement et de compte;
- **soit** une lettre de ma banque précisant le nom, le numéro et l'adresse de la succursale, le nom du titulaire du compte et le numéro de compte;
- **soit** un formulaire de versement direct délivré par ma banque.

Nom	Signature	Date (aaaa/mm/jj)
-----	-----------	-------------------

## Section 4 – Déclaration

J'ai examiné et je comprends les options de remboursement. Je reconnais que pour demeurer admissible au Programme de remboursement ARM, je dois respecter les modalités et échéances indiquées dans la présente.

Je réponds aux critères d'admissibilité susmentionnés pour le remboursement d'une partie de ma cotisation à l'ACPM. Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire d'autorisation sont exacts. Je reconnais que toute somme qui m'est versée et à laquelle je n'ai pas droit aux termes de ce programme sera déduite de toute autre somme que me doit le MSAN.

Nom	Signature	Date (aaaa/mm/jj)
-----	-----------	-------------------

Ces renseignements sont recueillis par le MSAN pour l'administration du Programme de remboursement ARM et ils seront utilisés et divulgués aux fins du programme ou conformément à la loi. Pour toute question à ce sujet, prière de communiquer avec la directrice ou le directeur des services pour les demandes de règlement, CP 48, 49, Place d'Armes, 3<sup>e</sup> étage, Kingston ON K7L 5J3 ou d'appeler les services de renseignements au 1-800-262-6524.