QUALITRANS
TelePharma

Echanges informatiques
Formulaire d'enregistrement auprès des organismes payeurs

Raison Sociale : _____

Nom du (des) Titulaire(s) : _____

N° national d'identification (9 chiffres) : __ __ __ __ __ __ __ __ __

Adresse : _____

Code Postal : __ __ __ __ __ Ville : _____

Tél. : _ _ . _ _ . _ _ . _ _ . _ _ Fax : _ _ . _ _ . _ _ . _ _ . _ _ E-mail : _____

Madame, Monsieur,

Je vous informe qu'à compter du _____, je transmettrai mes Feuilles de Soins Electroniques vers votre organisme via le concentrateur Qualitrans Telepharma.

☐ **TELETRANSMISSIONS IP-SESAM-Vitale** ☐ **TELETRANSMISSIONS Xmodem**

Je souhaite recevoir par retour informatique, les retours NOEMIE complets.

Vous trouverez ci joint un RIB, RIP ou RICE.

COLLEZ VOTRE RIB ICI

Pour toute information technique
Qualitrans Telepharma - 137, rue d'Aguesseau - 92641 Boulogne Billancourt Cedex
Tél. : 01 49 09 23 68 - Fax : 01 49 09 69 39