

34^e séance du conseil d'administration tenue par voie électronique le jeudi 30 août 2018

Registre des signataires autorisés (RAMQ)

RÉSOLUTION N^o CA CISSSLAN-2018-069

SUR PROPOSITION DÛMENT APPUYÉE, IL EST RÉSOLU :

« D'autoriser les personnes suivantes :

- Docteur Serge Bergeron, DSP
- Docteur Sébastien Turgeon, directeur du GMFU
- Docteure Vanessa Purcell-Lévesque, chef de service de l'hospitalisation

à attester pour l'établissement l'exactitude des demandes de paiement qui sont soumises pour des services rendus par les médecins et les dentistes exerçant dans l'établissement, comme spécifié aux formulaires 1907 - Registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé;

Cette résolution est effective à compter du 30 août 2018. »

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COPIE CERTIFIÉE CONFORME

Le 30 août 2018, à Joliette.

Daniel Castonguay
Secrétaire du conseil d'administration
/sp

p.j. Formulaires 1907 – Registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé

Registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé

IMPORTANT : Les photocopies et les télécopies ne sont pas acceptées.
Seul le formulaire comportant les signatures originales sera considéré.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière		NUMÉRO RAMQ 8 8 9 2 2
Cochez l'objet de la demande qui prend effet le <u>2018-05-01</u> : (ANNÉE/MOIS/JOUR) ☒ Ajout de signataires ☐ Retrait de signataires ☐ Retrait de <u>tous</u> les signataires (nouveau registre) (inscrire les nouveaux signataires seulement)		
L'objet de la demande s'applique au ou aux registres suivants (deux cases peuvent être cochées) : ☒ De l'établissement ☐ De toutes les installations (ne pas joindre de liste) ☒ Des installations mentionnées ci-dessous (au besoin, utiliser un second formulaire ou joindre une liste)		
NOM DE L'INSTALLATION Centre de service de santé Masko-Siwin		NUMÉRO RAMQ 8 1 0 7 5
NOM DE L'INSTALLATION		NUMÉRO RAMQ
NOM DE L'INSTALLATION		NUMÉRO RAMQ
NOM DE L'INSTALLATION		NUMÉRO RAMQ

AVIS DE NOMINATION DES SIGNATAIRES AUTORISÉS

Extrait du procès-verbal d'une assemblée <u>extraordinaire</u> du conseil d'administration de (ORDINAIRE / EXTRAORDINAIRE) <u>Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière</u> (NOMMER L'ÉTABLISSEMENT)		
tenue le <u>2018-08-30</u> à <u>Joliette</u> (ANNÉE/MOIS/JOUR) (ENDROIT)		
Résolution numéro <u>CA CISSS/AN - 2018-069</u>		
Il est dûment proposé par <u>Alexandre GAGNON</u> appuyé ou appuyée par (NOMMER)		
<u>Chantal Perreault</u> et adopté <u>à l'unanimité</u> que (NOMMER) (PRÉCISER À L'UNANIMITÉ / À LA MAJORITÉ)		
<u>le CISSS de Lanaudière</u> (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)		
autorise les personnes suivantes à attester pour l'établissement l'exactitude des demandes de paiement qui sont soumises pour des services rendus par les médecins et les dentistes exerçant dans l'établissement.		
S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES		SPÉCIMEN DE LA SIGNATURE
NOM	TITRE/FONCTION	
Serge Bergeron	Directeur des services professionnels	

S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES		SPÉCIMEN DE LA SIGNATURE
NOM	TITRE/FONCTION	

Aviser la Régie sans délai de tout changement concernant le ou les signataires autorisés.

ENVOYER L'ORIGINAL DU FORMULAIRE À :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Extrait certifié conforme au procès-verbal par



 SECRÉTAIRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
 le 2018-08-30
 (ANNÉE/MOIS/JOUR)
 à Joliette
 (LIEU)

GUIDE DE REMPLISSAGE

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT

Veuillez cocher les cases correspondant à l'objet de la demande et inscrire la date de prise d'effet.

Si vous choisissez « Retrait de tous les signataires », la Régie retirera tous les signataires déjà inscrits dans votre registre à la date indiquée et inscrira les nouveaux signataires mentionnés dans l'avis de nomination des signataires autorisés.

Le numéro RAMQ est celui que les professionnels de la santé utilisent pour facturer leurs services.
S'il n'y en a pas ou si vous l'ignorez, n'inscrivez rien.

AVIS DE NOMINATION DES SIGNATAIRES AUTORISÉS

Veuillez remplir toute cette section. Si vous n'avez pas assez d'espace pour inscrire le nom de tous les signataires autorisés, continuez au verso, ou utilisez un second formulaire.

Si vous ne voulez pas remplir la section concernant l'assemblée du conseil d'administration, vous devez joindre l'extrait du procès-verbal attestant la nomination des signataires autorisés signé par le secrétaire du conseil d'administration.

Si vous voulez demander des accès à la Régie pour une personne responsable des autorisations des demandes de paiement en ligne, cette personne doit d'abord avoir été nommée signataire autorisé. Sans cette nomination, la demande d'accès sera refusée.

Veuillez signer et dater le formulaire et l'envoyer par la poste à l'adresse mentionnée.
Seul le formulaire comportant les signatures originales sera considéré.

SANTÉ PUBLIQUE

Le directeur régional de la santé publique qui nomme des signataires autorisés en santé publique dans les établissements de sa région n'a pas à remplir la section concernant l'assemblée du conseil d'administration. Le formulaire doit cependant être accompagné d'une lettre explicative, signée par lui. Le nom et le spécimen de signature du signataire autorisé en santé publique sont tout de même requis dans l'avis de nomination des signataires autorisés.

REPRÉSENTANT AUTORISÉ (PROTOCOLE D'ACCORD OPTILAB) OU COORDONNATEUR DU CENTRE DE RÉPARTITION DES DEMANDES DE SERVICE (CRDS)

Dans la section « Renseignements sur l'établissement », vous devez indiquer :

- l'établissement auquel vous êtes attaché;
- le nom et le numéro de la grappe de services (OPTILAB) dont vous êtes le représentant ou le nom et le numéro du CRDS dans lequel vous agissez comme coordonnateur.

Le représentant autorisé d'une grappe de services ou le coordonnateur du CRDS qui contresigne les relevés d'honoraires d'un médecin spécialiste désigné dans le protocole d'accord OPTILAB ou dans la lettre d'entente n° 221 n'a pas à remplir la section concernant l'assemblée du conseil d'administration. Indiquez toutefois votre nom et votre spécimen de signature dans l'avis de nomination des signataires autorisés.

Registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé

IMPORTANT : Les photocopies et les télécopies ne sont pas acceptées.
Seul le formulaire comportant les signatures originales sera considéré.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière		NUMÉRO RAMQ 9 4 3 2 6
Cochez l'objet de la demande qui prend effet le <u>2018-05-28</u> : (ANNÉE/MOIS/JOUR)		
☒ Ajout de signataires ☐ Retrait de signataires ☐ Retrait de <u>tous</u> les signataires (nouveau registre) (inscrire les nouveaux signataires seulement)		
L'objet de la demande s'applique au ou aux registres suivants (deux cases peuvent être cochées) :		
☐ De l'établissement ☒ De toutes les installations (ne pas joindre de liste) ☐ Des installations mentionnées ci-dessous (au besoin, utiliser un second formulaire ou joindre une liste)		
NOM DE L'INSTALLATION	NUMÉRO RAMQ	
NOM DE L'INSTALLATION	NUMÉRO RAMQ	
NOM DE L'INSTALLATION	NUMÉRO RAMQ	
NOM DE L'INSTALLATION	NUMÉRO RAMQ	

AVIS DE NOMINATION DES SIGNATAIRES AUTORISÉS

Extrait du procès-verbal d'une assemblée <u>extraordinaire</u> (ORDINAIRE / EXTRAORDINAIRE) du conseil d'administration de Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (NOMMER L'ÉTABLISSEMENT)		
tenue le <u>2018-07-30</u> à <u>Joliette</u> (ANNÉE/MOIS/JOUR) (ENDROIT)		
Résolution numéro <u>CA CISSSLAN-2018-069</u>		
Il est dûment proposé par <u>Alexandre Gagnon</u> appuyé ou appuyée par (NOMMER)		
<u>Chantal Perreault</u> et adopté <u>à l'unanimité</u> que (NOMMER) (PRÉCISER À L'UNANIMITÉ / À LA MAJORITÉ)		
le CISSS de Lanaudière (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)		
autorise les personnes suivantes à attester pour l'établissement l'exactitude des demandes de paiement qui sont soumises pour des services rendus par les médecins et les dentistes exerçant dans l'établissement.		
S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES		SPÉCIMEN DE LA SIGNATURE
NOM	TITRE/FONCTION	
Vanessa Purcell-Lévesque	Chef de service de l'hospitalisation	

S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES		SPÉCIMEN DE LA SIGNATURE
NOM	TITRE/FONCTION	

Aviser la Régie sans délai de tout changement concernant le ou les signataires autorisés.

ENVOYER L'ORIGINAL DU FORMULAIRE À :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Extrait certifié conforme au procès-verbal par



 SECRÉTAIRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
 le 2018-08-30
 (ANNÉE/MOIS/JOUR)
 à Joliette
 (LIEU)

GUIDE DE REMPLISSAGE

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT

Veuillez cocher les cases correspondant à l'objet de la demande et inscrire la date de prise d'effet.

Si vous choisissez « Retrait de tous les signataires », la Régie retirera tous les signataires déjà inscrits dans votre registre à la date indiquée et inscrira les nouveaux signataires mentionnés dans l'avis de nomination des signataires autorisés.

Le numéro RAMQ est celui que les professionnels de la santé utilisent pour facturer leurs services.
S'il n'y en a pas ou si vous l'ignorez, n'inscrivez rien.

AVIS DE NOMINATION DES SIGNATAIRES AUTORISÉS

Veuillez remplir toute cette section. Si vous n'avez pas assez d'espace pour inscrire le nom de tous les signataires autorisés, continuez au verso, ou utilisez un second formulaire.

Si vous ne voulez pas remplir la section concernant l'assemblée du conseil d'administration, vous devez joindre l'extrait du procès-verbal attestant la nomination des signataires autorisés signé par le secrétaire du conseil d'administration.

Si vous voulez demander des accès à la Régie pour une personne responsable des autorisations des demandes de paiement en ligne, cette personne doit d'abord avoir été nommée signataire autorisé. Sans cette nomination, la demande d'accès sera refusée.

Veuillez signer et dater le formulaire et l'envoyer par la poste à l'adresse mentionnée.
Seul le formulaire comportant les signatures originales sera considéré.

SANTÉ PUBLIQUE

Le directeur régional de la santé publique qui nomme des signataires autorisés en santé publique dans les établissements de sa région n'a pas à remplir la section concernant l'assemblée du conseil d'administration. Le formulaire doit cependant être accompagné d'une lettre explicative, signée par lui. Le nom et le spécimen de signature du signataire autorisé en santé publique sont tout de même requis dans l'avis de nomination des signataires autorisés.

REPRÉSENTANT AUTORISÉ (PROTOCOLE D'ACCORD OPTILAB) OU COORDONNATEUR DU CENTRE DE RÉPARTITION DES DEMANDES DE SERVICE (CRDS)

Dans la section « Renseignements sur l'établissement », vous devez indiquer :

- l'établissement auquel vous êtes attaché;
- le nom et le numéro de la grappe de services (OPTILAB) dont vous êtes le représentant ou le nom et le numéro du CRDS dans lequel vous agissez comme coordonnateur.

Le représentant autorisé d'une grappe de services ou le coordonnateur du CRDS qui contresigne les relevés d'honoraires d'un médecin spécialiste désigné dans le protocole d'accord OPTILAB ou dans la lettre d'entente n° 221 n'a pas à remplir la section concernant l'assemblée du conseil d'administration. Indiquez toutefois votre nom et votre spécimen de signature dans l'avis de nomination des signataires autorisés.

Registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé

IMPORTANT : Les photocopies et les télécopies ne sont pas acceptées.
Seul le formulaire comportant les signatures originales sera considéré.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière		NUMÉRO RAMQ 8 8 9 2 2
Cochez l'objet de la demande qui prend effet le <u>2018-05-01</u> : (ANNÉE/MOIS/JOUR) ☒ Ajout de signataires ☐ Retrait de signataires ☐ Retrait de <u>tous</u> les signataires (nouveau registre) (inscrire les nouveaux signataires seulement)		
L'objet de la demande s'applique au ou aux registres suivants (deux cases peuvent être cochées) : ☐ De l'établissement ☐ De toutes les installations (ne pas joindre de liste) ☒ Des installations mentionnées ci-dessous (au besoin, utiliser un second formulaire ou joindre une liste)		
NOM DE L'INSTALLATION Centre de service de santé Masko-Siwin		NUMÉRO RAMQ 8 1 0 7 5
NOM DE L'INSTALLATION		NUMÉRO RAMQ
NOM DE L'INSTALLATION		NUMÉRO RAMQ
NOM DE L'INSTALLATION		NUMÉRO RAMQ

AVIS DE NOMINATION DES SIGNATAIRES AUTORISÉS

Extrait du procès-verbal d'une assemblée extraordinaire du conseil d'administration de
(ORDINAIRE / EXTRAORDINAIRE)
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
(NOMMER L'ÉTABLISSEMENT)

tenue le 2018-05-30 à Joliette
(ANNÉE/MOIS/JOUR) (ENDROIT)

Résolution numéro CA CISSSLAN-2018-069

Il est dûment proposé par Alexandre Gagnon appuyé ou appuyée par
(NOMMER)
Chantal Perreault et adopté à l'unanimité que
(NOMMER) (PRÉCISER À L'UNANIMITÉ / À LA MAJORITÉ)
le CISSS de Lanaudière
(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)

autorise les personnes suivantes à attester pour l'établissement l'exactitude des demandes de paiement qui sont soumises pour des services rendus par les médecins et les dentistes exerçant dans l'établissement.

S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES		SPÉCIMEN DE LA SIGNATURE
NOM	TITRE/FONCTION	
Sébastien Turgeon	Directeur du GMFU	

AU BESOIN, CONTINUER AU VERSO

S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES		SPÉCIMEN DE LA SIGNATURE
NOM	TITRE/FONCTION	

Aviser la Régie sans délai de tout changement concernant le ou les signataires autorisés.

ENVOYER L'ORIGINAL DU FORMULAIRE À :
Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Extrait certifié conforme au procès-verbal par



SECRÉTAIRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
le 2019-09-30
(ANNÉE/MOIS/JOUR)
à Joliette
(LIEU)

GUIDE DE REMPLISSAGE

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT

Veuillez cocher les cases correspondant à l'objet de la demande et inscrire la date de prise d'effet.

Si vous choisissez « Retrait de tous les signataires », la Régie retirera tous les signataires déjà inscrits dans votre registre à la date indiquée et inscrira les nouveaux signataires mentionnés dans l'avis de nomination des signataires autorisés.

Le numéro RAMQ est celui que les professionnels de la santé utilisent pour facturer leurs services.
S'il n'y en a pas ou si vous l'ignorez, n'inscrivez rien.

AVIS DE NOMINATION DES SIGNATAIRES AUTORISÉS

Veuillez remplir toute cette section. Si vous n'avez pas assez d'espace pour inscrire le nom de tous les signataires autorisés, continuez au verso, ou utilisez un second formulaire.

Si vous ne voulez pas remplir la section concernant l'assemblée du conseil d'administration, vous devez joindre l'extrait du procès-verbal attestant la nomination des signataires autorisés signé par le secrétaire du conseil d'administration.

Si vous voulez demander des accès à la Régie pour une personne responsable des autorisations des demandes de paiement en ligne, cette personne doit d'abord avoir été nommée signataire autorisé. Sans cette nomination, la demande d'accès sera refusée.

Veuillez signer et dater le formulaire et l'envoyer par la poste à l'adresse mentionnée.
Seul le formulaire comportant les signatures originales sera considéré.

SANTÉ PUBLIQUE

Le directeur régional de la santé publique qui nomme des signataires autorisés en santé publique dans les établissements de sa région n'a pas à remplir la section concernant l'assemblée du conseil d'administration. Le formulaire doit cependant être accompagné d'une lettre explicative, signée par lui. Le nom et le spécimen de signature du signataire autorisé en santé publique sont tout de même requis dans l'avis de nomination des signataires autorisés.

REPRÉSENTANT AUTORISÉ (PROTOCOLE D'ACCORD OPTILAB) OU COORDONNATEUR DU CENTRE DE RÉPARTITION DES DEMANDES DE SERVICE (CRDS)

Dans la section « Renseignements sur l'établissement », vous devez indiquer :

- l'établissement auquel vous êtes attaché;
- le nom et le numéro de la grappe de services (OPTILAB) dont vous êtes le représentant ou le nom et le numéro du CRDS dans lequel vous agissez comme coordonnateur.

Le représentant autorisé d'une grappe de services ou le coordonnateur du CRDS qui contresigne les relevés d'honoraires d'un médecin spécialiste désigné dans le protocole d'accord OPTILAB ou dans la lettre d'entente n° 221 n'a pas à remplir la section concernant l'assemblée du conseil d'administration. Indiquez toutefois votre nom et votre spécimen de signature dans l'avis de nomination des signataires autorisés.