

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

Registre des signataires autorisés (RAMQ)

RÉSOLUTION Nº 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. »

<u>ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ</u>

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

260, rue Lavaltrie Sud Joliette (Québec) J6E 5X7 Téléphone : 450 759-1157 Télécopieur : 450 756-0598 www.cisss-lanaudiere.gouv.gc.ca



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'ÉTABLISSEMEN | Т | | |
|--|--|--|------|
| NOM DE L'ÉTABLISSEMENT | NUMÉRO RAMQ | | |
| Centre intégré de santé et de services soc | 8 8 9 2 | 2 | |
| Cochez l'objet de la demande qui prend effet le | 2018-05-01 (année/mois/jour) : | | |
| Ajout de signataires Retrait de s | ignataires Retrait de tous les sig | nataires (nouveau registre) signataires seulement) | |
| L'objet de la demande s'applique au ou aux registre | s suivants (deux cases neuvent être cochées) : | | |
| ✓ De l'établissement | es installations | ionnées ci-dessous second formulaire ou joindre une liste) | |
| NOM DE L'INSTALLATION | | NUMÉRO RAMQ | |
| Centre de service de santé Masko-Siwin | | 8 1 0 7 | 5 |
| NOM DE L'INSTALLATION | | NUMÉRO RAMQ | |
| | | | |
| NOM DE L'INSTALLATION | | NUMÉRO RAMQ | L |
| | | | |
| NOM DE L'INSTALLATION | The second second | NUMÉRO RAMQ | 1 |
| THOM BE EMOVIED WITH | | Town Service S | |
| L | | | |
| | UTO DIOĆO | | |
| AVIS DE NOMINATION DES SIGNATAIRES A | AUTORISES | | |
| | 2. + | | |
| Extrait du procès-verbal d'une assemblée | (ORDINAIRE / EXTRAORDINAIRE) | du conseil d'administration | ı de |
| Contra interes de soul | (NOMMER LETABLISSEMENT) | de La madire- | |
| The state of the s | (NOMMER L'ÉTABLISSEMENT) | | |
| tenue le 2019 à à à | JOINTTE (ENDRI | ит) | |
| Résolution numéro CA CISSIAA | 2018-069 | | |
| Il est dûment proposé par Aléxandre | GAGNON (NOMMER) | appuyé ou appuyée | par |
| Chantale Perrecul | , | al imarimite | que |
| (NOMMER) | de La Markadores (NOM DE LETABLISSEMENT) | (PHECISER A EUNANIMITE / A LA MAJORITE) | |
| | (NOM DE L'ETABLISSEMENT) | | |
| autorise les personnes suivantes à attester pour l'ét les médecins et les dentistes exerçant dans l'établis | tablissement l'exactitude des demandes de paiement ssement. | qui sont soumises pour des services rendus pa | r |
| S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES SPÉCIMEN DE | | | |
| NOM | TITRE/FONCTION | or connect be extended in | |
| Serge Bergeron | Directeur des services professionnels | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 1 | | | |

| S.V.P. ÉCRIRE EN LEȚTRES MAJUSCULES | | SPÉCIMEN DE LA SIGNATURE | | |
|-------------------------------------|----------------|--------------------------|--|--|
| NOM | TITRE/FONCTION | SPECIMEN DE LA SIGNATURE | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 ce | ertifié conforme au procès-verbal par | |
|------------|--|--|
| | 01.4 | |
| | SECRÉTAIRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION | |
| e | 2018-09-30 | |
| | (ANNÉE/MOIS/JOUR) | |
| à | Tollette | |

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'ÉTABLISSEMEN | T | | | | | |
|--|--|---|-------------|---------|----------|------|
| NOM DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | |
| Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière | | | | | 2 . | 6 |
| | | Į. | | ! | | |
| Cochez l'objet de la demande qui prend effet le | 2018-05-28 : | | | | | |
| Ajout de signataires Aetrait de s | ignataires Retrait de tous les sign | nataires (nouveau registre) signataires seulement) | | | | |
| L'objet de la demande s'applique au ou aux registres | · | orginal and odd of the first | | | | |
| | es installations Des installations ment dre de liste) (au besoin, utiliser un | onnées ci-dessous second formulaire ou joindre | une liste |) | | |
| NOM DE L'INSTALLATION | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | NUMĖRO | · | | |
| | | | | | | |
| NOM DE L'INSTALLATION | | | L NUMÉRO | EAMC | | - |
| | | | | | | |
| ALONA DE LINIOTALI ATIONI | | | NUMĖRO | L I | 1 | |
| NOM DE L'INSTALLATION | | | NOWENO | HAING | | |
| | | | | نــــا | 1 | |
| NOM DE L'INSTALLATION | | | NUMERO | PAMC | 1 | |
| | | | 1 | 1 1 | 1 | |
| | | | | | | |
| AVIS DE NOMINATION DES SIGNATAIRES A | UTORISÉS | | | | | |
| | | | | | | |
| Extrait du procès-verbal d'une assemblée | (ORDINAIRE / EXTRAORDINAIRE) | du con | seil d'adn | ninistr | ation | de |
| Exitate du proces-verbar d'une assemblee | (ORDINAIRE / EXTRAORDINAIRE) | | och a dan | | 4.1011 | |
| Centre int | égré de santé et de services sociaux de La | naudière | | | | |
| | (NOMMER LÉTABLISSEMENT) | | | | | |
| tenue le <u>2019-02-30</u> à _ | Jole He. | | | | | |
| | | | | | | |
| Résolution numéro <u>CH CISSSLHJU</u> | 1-2011-069 | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | _ |
| | The Gagnery (NOMMER) et adopté | | | | , | |
| Il est dûment proposé par | (NOMMER) | a | ippuye ou | appu | iyée i | par |
| Chartole Diores | CT at adopte | a / tuban imi | T. | | | |
| (NOMMER) | et adopte | (PRECISER A L'UNANIMITE / À LA | MAJORITÉ) | | | iue. |
| | le CISSS de Lanaudière | | | | | _ |
| | , | | | | | |
| autorise les personnes suivantes à attester pour l'ét les médecins et les dentistes exerçant dans l'établis | ablissement l'exactitude des demandes de paiement sement. | qui sont soumises pour des | services | rendu | s par | |
| S.V.P. ÉCRIRE EN LET | TRES MAJUSCULES | SPÉCIMEN DE LA | A SIGNATI | IRE | | |
| NOM | TITRE/FONCTION | SPECIIVIEN DE LA | A SIGIVATO | | | |
| Vanessa Purcell-Lévesque | Chef de service de l'hospitalisation | W. | \supset | _ | <u> </u> | |
| | to the second of | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES | | V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES SPÉCIMEN DE LA SIGNATURE | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--|--|--|
| TITRE/FONCTION | SPECIMEN DE LA SIGNATURE | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | 14 | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 pai | • |
|---------|----------|----------|----|-------------------|---|
|---------|----------|----------|----|-------------------|---|

| | DILL | |
|----|--|--|
| | SECRÉTAIRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION | |
| le | 2018-08-30 | |
| | (ANNÉE/MOIS/JOUR) | |
| à | Poliette | |
| | (LIELD) | |

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 palement 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.

| NOM DE L'ÉTABLISSEMENT | :NU | | | NUMÉRO RAMQ |
|---|--|--|--|------------------------|
| Centre intégré de santé et de services s | ociaux de Lanaudière | e | | 8 8 9 2 2 |
| | | | | 1 |
| Cochez l'objet de la demande qui prend effet le _ | 2018-05-01 (ANNÉE/MOIS/JOUR) | • | | |
| Ajout de signataires Retrait de | • | | ignataires (nouveau registre) ux signataires seulement) | |
| L'objet de la demande s'applique au ou aux regist | tres suivants (deux cases p | peuvent être cochées) : | | |
| De l'établissement De toutes | s les installations oindre de liste) | ✓ Des installations me | ntionnées ci-dessous n second formulaire ou joind | re une liste) |
| NOM DE L'INSTALLATION | | | | NUMÉRO RAMQ |
| Centre de service de santé Masko-Siwir | ו | _ | | 8 1 0 7 5 |
| NOM DE L'INSTALLATION | | | | NUMÉRO RAMQ |
| NOM DE L'INSTALLATION | | (0) | | NUMÉRO RAMQ |
| NOM DE L'INSTALLATION | 0 | | | NUMÉRO RAMQ |
| NOW DE LING FALLATION | | | | |
| == | | | | |
| | a Jolictt Nommer a Jolictt N-2018-069 dre Gagner CISSS de (NOM DE | (NOMMER) et adopté LA naudience LETABLISSEMENT) | DROIT) R (PRÉCISER À L'UNANIMITÉ!) | appuyé ou appuyée par |
| autorise les personnes suivantes à attester pour les médecins et les dentistes exerçant dans l'éta | blissement. | e des demandes de paieme | ent qui sont soumises pour de | es services rendus par |
| | LETTRES MAJUSCULES | E/FONCTION | SPÉCIMEN DE | LA SIGNATURE |
| NOM | | | | |
| Sébastien Turgeon | Directeur du GMF | · U | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| · | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| S.V.P. ÉCRIRE EN LEȚTRES MAJUSCULES | | SPÉCIMEN DE LA SIGNATURE | | |
|-------------------------------------|----------------|--------------------------|--|--|
| NOM | TITRE/FONCTION | of confer of the order | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 pa | Extrait certific | e conforme | au | procès-verbal | par |
|---|------------------|------------|----|---------------|-----|
|---|------------------|------------|----|---------------|-----|

| | DUL | |
|----|--|--|
| | SECRETAIRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION | |
| ie | 2019-08-30 | |
| | (ANNÉE/MOIS/JOUR) | |
| 1 | Toliette | |

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.