Régie de l'assurance maladie Québec

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

Renseignements sur l'établissement

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NUMÉRO RAMQ

Cochez l'objet de la demande qui prend effet le _____ (ANNÉE-MOIS-JOUR) :

☐ Ajout de signataires ☐ Retrait de signataires ☐ Retrait de **tous** les signataires (nouveau registre) (inscrivez les nouveaux signataires seulement)

La demande s'applique au(x) registre(s) suivant(s) (deux cases peuvent être cochées) :

☐ De l'établissement ☐ De toutes les installations (ne joignez pas de liste) ☐ Des installations mentionnées ci-dessous (au besoin, utilisez un second formulaire ou joignez 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
NOM DE L'INSTALLATION	NUMÉRO RAMQ

Avis de nomination des signataires autorisés

L'établissement autorise les signataires suivants à attester l'exactitude des demandes de paiement soumises par les médecins et les dentistes qui y exercent.

De plus, l'établissement de Santé Québec confirme que les signataires autorisés suivants occupent une fonction de gestionnaire (chef, directeur ou directrice, etc.) prévue dans son plan de délégation des signatures.

S.V.P. ÉCRIVEZ EN LETTRES MAJUSCULES

NOM	FONCTION ET NOM DU SERVICE OU DÉPARTEMENT	SPÉCIMEN DE SIGNATURE	SI AJOUT, NOM DE L'ANCIEN SIGNATAIRE À RETIRER

AU BESOIN, CONTINUEZ AU VERSO

S.V.P. ÉCRIVEZ EN LETTRES MAJUSCULES			
NOM	FONCTION ET NOM DU SERVICE OU DÉPARTEMENT	SPÉCIMEN DE SIGNATURE	SI AJOUT, NOM DE L'ANCIEN SIGNATAIRE À RETIRER

Avisez-nous sans délai de tout changement concernant le ou les signataires autorisés.

ENVOYEZ LE FORMULAIRE :

Par courriel
delegation_signatures@ramq.gouv.qc.ca

Ou par la poste
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Signature d'une personne autorisée de l'établissement

NOM

FONCTION

☐ Président(e)-directeur(-trice) général(e)

☐ Directeur(-trice) médical(e) et des services professionnels

☐ Autre directeur(-trice)

Précisez : _____

SIGNATURE

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

INSTRUCTIONS

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT

Cochez 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 », nous retirerons tous les signataires déjà inscrits dans votre registre à la date indiquée et nous inscrirons 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.
Si vous l'ignorez, n'inscrivez rien.

AVIS DE NOMINATION DES SIGNATAIRES AUTORISÉS

Les signataires autorisés doivent occuper une fonction de gestionnaire (chef, directeur ou directrice, etc.) prévue dans le plan de délégation des signatures de l'établissement de Santé Québec. Cette obligation ne concerne pas les autres établissements.

En cas d'ajout d'un signataire, inscrivez le nom de l'ancien signataire à retirer. 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.

Pour que la demande d'accès d'une personne autorisée à approuver les demandes de paiement en ligne soit acceptée, celle-ci doit d'abord avoir été nommée comme signataire autorisé.

Veuillez signer et dater le formulaire et l'envoyer par courriel ou par la poste aux coordonnées mentionnées ci-dessus.

Santé publique

Les directeurs et directrices des directions régionales de santé publique, de la Direction générale de la santé publique et de l'Institut national de santé publique peuvent désigner comme signataires autorisés les personnes autorisées à attester l'exactitude des demandes de paiement soumises pour les activités réalisées pour le compte ou auprès de leur instance respective.

Représentant(e) autorisé(e) OPTILAB ou coordonnateur(-trice) du centre de répartition des demandes de service (CRDS)

Dans la section « Renseignements sur l'établissement », indiquez :

- L'établissement auquel vous êtes rattaché(e)
- Le nom et le numéro de la grappe de services (OPTILAB) dont vous êtes le représentant ou la représentante ou le nom et le numéro du CRDS dans lequel vous agissez comme coordonnateur ou coordonnatrice

Le représentant autorisé ou la représentante autorisée d'une grappe de services peut contresigner les relevés d'honoraires d'un médecin spécialiste désigné dans le cadre du protocole d'accord OPTILAB.

Le coordonnateur ou la coordonnatrice du CRDS peut contresigner les relevés d'honoraires d'un médecin spécialiste désigné dans le cadre de la Lettre d'entente nº 221.