

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

Renseignements sur l'établissement

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NUMÉRO RAMQ
<p>Cochez l'objet de la demande qui prend effet le _____ : (ANNÉE-MOIS-JOUR)</p> <p><input type="checkbox"/> Ajout de signataires <input type="checkbox"/> Retrait de signataires <input type="checkbox"/> Retrait de tous les signataires (nouveau registre) (inscrivez les nouveaux signataires seulement)</p> <p>La demande s'applique au ou aux registres suivants (deux cases peuvent être cochées) :</p> <p><input type="checkbox"/> De l'établissement <input type="checkbox"/> De toutes les installations (ne joignez pas de liste) <input type="checkbox"/> Des installations mentionnées ci-dessous (au besoin, utilisez un second formulaire ou joignez une liste)</p>	
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

Veillez joindre l'extrait du procès-verbal de l'assemblée du conseil d'administration qui nomme les signataires autorisés suivants. L'établissement les autorise 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. ÉCRIVEZ EN LETTRES MAJUSCULES

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

S.V.P. ÉCRIVEZ EN LETTRES MAJUSCULES

NOM	FONCTION, 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				
SIGNATURE	DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR

INSTRUCTIONS

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 », 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.

S'il n'y en a pas ou si vous l'ignorez, n'inscrivez rien.

AVIS DE NOMINATION DES SIGNATAIRES AUTORISÉS

Vous devez joindre l'extrait du procès-verbal attestant la nomination des signataires autorisés signé par le secrétaire du conseil d'administration.

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.

Si vous voulez demander des accès 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 courriel ou par la poste aux coordonnées mentionnées ci-dessus.

Santé publique

Le directeur régional de santé publique qui nomme des signataires autorisés en santé publique dans les établissements de sa région n'a pas à joindre l'extrait du procès-verbal 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 joindre l'extrait du procès-verbal concernant l'assemblée du conseil d'administration. Son nom et son spécimen de signature sont tout de même requis dans l'avis de nomination des signataires autorisés.