

AIDE-MÉMOIRE

LISTE DE VÉRIFICATION POUR PERMIS DE CMS

Nouvelle demande ☐
 Renouvellement ☐
 Modification ☒

Nom du CMS : [REDACTED]
 No de permis : [REDACTED]

PERMIS

	Oui	Non	N/A
Formulaire de demande de permis rempli et signé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les modalités demandées sur le formulaire de renouvellement/modification sont les mêmes que celles déjà inscrites au permis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de lits autorisés			
CMS participant	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Si participant, ne peut pas demander de lits (civières utilisées pour une période d'au plus 23h59)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
CMS non participant	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si non participant, un maximum de 5 lits d'hébergement est autorisé dans un même immeuble <i>Le ministre ne peut délivrer un permis indiquant un nombre de lits supérieur à cinq, ni délivrer un permis qui aurait pour effet de porter au-delà de cinq le nombre total de lits au sein d'un même immeuble.</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est-ce qu'il y a déjà un CMS à la même adresse et dans le même local que ce qui est inscrit dans le formulaire?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Est-ce que le CMS demande le service 00. Arthroplastie-prothèse de la hanche et/ou 01. Arthroplastie-prothèse du genou <i>L'arthroplastie-prothèse de la hanche ou du genou ne peut être dispensé que dans un CMS non participant.</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Vérifier si le directeur médical (s'il est nommé à cette étape) est membre du Collège des médecins du Québec Bottin des médecins - Formulaire de recherche (cmq.org)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fournir un mandat du directeur médical conforme à l'article 333.5 (organisation des services médicaux...) de la LSSSS (chapitre S-4.2).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vérifier sur le site de la RAMQ si tous les médecins sont participants ou non participants (vérifié par la conseillère juridique) : https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/facturation/desengages.pdf	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérifier sur le formulaire si la section « Agrément du CMS » est signée.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résolution pour autoriser la présentation de la demande de délivrance de permis pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résolution pour mandater [REDACTED] pour effectuer toutes les démarches et signer tous les documents nécessaires pour donner suite à la présente résolution	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non	N/A
Fournir un contrat d'assurance responsabilité d'au moins 1 000 000 \$ par réclamation établissant une garantie contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité que le requérant peut encourir en raison d'une faute ou d'une négligence commise dans l'exploitation du centre médical spécialisé. <i>L'attestation de protection délivrée par l'Association canadienne de protection médicale n'est pas un contrat d'assurance responsabilité. La protection offerte par cette association ne concerne que les gestes posés par les médecins et non ceux posés par le personnel de soutien, de plus ladite protection ne couvre pas la responsabilité civile basée sur un bris d'équipement ou même une chute à l'intérieur du centre médical.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dans la preuve d'assurance, le nom du requérant ou du CMS doit être affiché dans la partie « Assuré ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fournir un engagement écrit à maintenir un pareil contrat d'assurance en vigueur pendant toute la durée du permis et à afficher, en tout temps, le permis obtenu à la vue du public. Le nom du requérant doit apparaître à la signature. Voir fichier joint (modèle d'engagement).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

STRUCTURE CORPORATIVE

Formulaire de renseignements complémentaires de CMS complété et signé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Formulaire pour renseignements complémentaires concernant la <u>structure corporative</u> complété et signé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fournir une copie de l'acte constitutif ou du contrat de société (selon le cas), de la convention entre les actionnaires et des statuts ou amendements au contrat de société (selon le cas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fournir les catégories d'actions ou les parts conférant un droit de vote, le nombre total d'actions ou de parts émises (pour chaque catégorie d'actions ou de parts conférant un droit de vote) par la personne morale ou société qui exploite le CMS. Voir annexe dans le formulaire de renseignements complémentaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fournir le nom de tous les actionnaires ou associés qui détiennent les actions ou les parts conférant un droit de vote ainsi que son numéro de membre du Collège des médecins. Pour chacun d'eux, fournir la catégorie d'actions ou les parts qu'il détient ainsi que le nombre et le pourcentage d'actions ou de parts détenues. Voir annexe dans le formulaire de renseignements complémentaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fournir les renseignements demandés concernant la composition du conseil d'administration ou de gestion interne, selon le cas, de la personne morale ou société qui exploite le CMS ainsi que les règles du quorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fournir le nom, la profession et le numéro de membre du Collège des médecins des membres du conseil d'administration ou du conseil de gestion interne, selon le cas. Indiquer s'il y a des postes vacants au sein de ce conseil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Le nom et l'adresse du CMS doivent être au registre des entreprises ainsi que le nom sous lequel le CMS sera exploité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>