

*Formulaire à remplir exclusivement par voie électronique, non manuscrit.

Numéro de l'autorisation CMS : 7101-

- ☐ **Renouvellement**
 (Remplir toutes les sections du formulaire).
 (Transmettre le formulaire six mois avant la date
 d'échéance de l'autorisation CMS).

☐ **Renouvellement et
modification(s)**
 (Remplir toutes les sections du formulaire).
 (Transmettre le formulaire six mois avant la date
 d'échéance de l'autorisation CMS).

☐ **Modification(s)**
 (Remplir seulement les sections pertinentes à votre
 demande de modification(s) de l'autorisation CMS).

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

- ☐ Cocher cette case en cas de modification(s)
 ☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

Section obligatoire à compléter avec ou sans modification(s) à y apporter.

Renseignements sur le demandeur (titulaire de l'autorisation CMS)

Indiquez le nom et les coordonnées du demandeur (personne physique, personne morale ou société) qui dépose la demande.

Nom : _____ Numéro de permis au CMQ* ou NEQ** : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____	Téléphone : _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____
---	---

* CMQ : Collège des médecins du Québec

**NEQ : Numéro d'entreprise du Québec

Renseignements sur le CMS

Indiquez le nom sous lequel le CMS sera exploité et les coordonnées du lieu aménagé pour l'exercice des traitements médicaux spécialisés :

Nom : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____	Téléphone : _____ Courriel : _____ Site Web : _____
---	---

Est-ce qu'il s'agit d'un déménagement du CMS?

Oui

Non

☐
☐

Si oui, veuillez préciser les renseignements suivants :

Nouvelle adresse :

Date prévue de déménagement :

Renseignements sur le répondant

Indiquez le nom et les coordonnées du répondant du titulaire de l'autorisation CMS pour les communications avec Santé Québec.

Nom : _____

Prénom: _____

Fonction : _____

Téléphone: _____

Courriel : _____

Cellulaire: _____

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE DEMANDEUR

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

Oui

Non

Est-ce que le titulaire pour lequel vous demandez un renouvellement et/ou une modification de l'autorisation détient déjà une autorisation pour un CMS ou des démarches ont-elles été entreprises afin d'en obtenir une?

☐

☐

Si oui, indiquez-le(s) numéro(s) de l'autorisation ou le(s) nom(s) du CMS?

ATTESTATION DE LA PROPRIÉTÉ DES INSTALLATIONS ET DE L'IDENTITÉ DE L'EMPLOYEUR

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

Je suis à titre de titulaire :

Oui

Non

Propriétaire des lieux

☐

☐

Propriétaire des équipements

☐

☐

Locataire des lieux

☐

☐

Locataire des équipements

☐

☐

L'employeur responsable du personnel requis pour l'exploitation du CMS

☐

☐

Autre(s) situation(s)

☐

☐

Si oui,

FORME D'EXPLOITATION DU CMS

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)
 ☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

Le CMS sera exploité suivant l'une ou l'autre des formes suivantes :

- ☐ Un CMS où exercent exclusivement des médecins soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29).
☐ Un CMS où exercent exclusivement des médecins non participants au sens de la Loi sur l'assurance maladie.

DIRECTEUR MÉDICAL ET DES SERVICES PROFESSIONNELS (DMSP)

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)
 ☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

Renseignements sur le directeur médical et des services professionnels actuel et son successeur du CMS

Renseignements sur le directeur médical et des services professionnels actuel

Indiquez le nom et les renseignements demandés du directeur médical et des services professionnels :

Nom :	_____	Prénom :	_____
Le cas échéant, spécialité (anesthésiologiste, chirurgien, ophtalmologiste, etc.) :	_____	Numéro de permis CMQ :	_____
Date de nomination :	_____	Date de fin du mandat :	_____
Courriel :	_____		

Oui Non

Est-ce que le DMSP actuel exercera dans le CMS pour lequel la demande de renouvellement et/ou de modification d'autorisation est effectuée?

☐
☐

Est-ce que le DMSP actuel pratique ou pratiquera dans un autre CMS?

Si oui, indiquer lequel :

- Nom du CMS :
- Numéro de l'autorisation CMS :

☐
☐

Renseignements sur le directeur médical et des services professionnels successeur

Indiquez le nom et les renseignements demandés du nouveau directeur médical et des services professionnels :

Nom :	_____	Prénom :	_____
Spécialité (anesthésiologiste, chirurgien, ophtalmologiste, etc.) :	_____	Numéro de permis CMQ :	_____
Date de nomination :	_____	Date de début du mandat :	_____
Courriel :	_____		

Oui Non

Est-ce que le nouveau DMSP désigné exercera dans le CMS pour lequel la demande de renouvellement et/ou de modification d'autorisation est effectuée?

☐
☐

Est-ce que le nouveau DMSP désigné pratique ou pratiquera dans un autre CMS?

☐
☐

Si oui, indiquer lequel :

- Nom du CMS :
- Numéro de l'autorisation CMS:

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)[illegible]

5

Formulaire de demande de renouvellement et/ou modification(s)
d'une autorisation pour l'exploitation d'un centre médical
spécialisé (CMS)

PROFESSIONNELS EXERÇANTS AU CMS

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

Indiquez le nom et prénom des professionnels qui exercent au centre, leur spécialité ainsi que leur numéro de permis, le cas échéant (dentistes spécialistes au Québec, agents administratifs, infirmiers, infirmiers auxiliaires, inhalothérapeutes, préposés aux bénéficiaires et à la stérilisation et autres personnels soignants.).

Nom et prénom du professionnel	Spécialité	Numéro de permis, s'il y a lieu

*(Veuillez ajouter une page supplémentaire si nécessaire et l'annexer au formulaire).

Veuillez remplir le tableau suivant de planification des présences de votre personnel.

PLAN DE PRÉSENCES						
☐ Cocher cette case en cas de modification(s)			☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)			
Unité	Agents administratifs	Anesthésiologistes	Infirmiers	Infirmiers auxiliaires	Inhalothérapeutes	Préposés aux bénéficiaires
Admission – pré-chirurgie						
Salle d'opération EXEMPLE	0	1	2,5	0	1	0,5
Salle #1 d'opération						
Salle #2 d'opération						
Salle #3 d'opération						
Salle #4 d'opération						
Salle #5 d'opération						
Salle de réveil						
Autre						

ENGAGEMENT DE NON-SOLLICITATION DU PERSONNEL DU RSSS

En soumettant ce formulaire, le demandeur et les membres de son équipe s'engagent à ne pas solliciter, directement ou indirectement, le personnel du réseau public, quel que soit leur titre d'emploi.

Cette interdiction inclut, sans s'y limiter :

Sollicitations directes :

- Offres d'emploi transmises en personne, par téléphone, messagerie texte, courriel ou tout autre moyen de communication.
- Échanges verbaux incitant un employé à quitter son poste.
- Toute forme de maraudage.

Sollicitations indirectes :

- Utilisation d'intermédiaires pour approcher un employé.
- Affichage d'offres d'emploi dans les locaux de tout CISSS, CIUSSS ou sur des tableaux d'affichage publics ou privés.
- Publication d'annonces ciblées visant à attirer des employés identifiables.

Exception : Cette clause ne s'applique pas aux offres d'emploi générales diffusées via des plateformes publiques comme le site internet de l'entreprise, Jobboom, LinkedIn ou tout autre média dédié, à condition que ces annonces ne ciblent pas spécifiquement des employés du secteur public.

Nom en lettres moulées

Signature du représentant légal

Date

**PRÉCISIONS SUR LES TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS,
 LES CAPACITÉS EN LIT(S) ET EN SALLE(S) OPÉRATOIRE(S)**

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

Traitements médicaux spécialisés dispensés dans le CMS

Cochez les types de traitements médicaux spécialisés pour lesquels l'autorisation est demandée.

	Traitement(s) déjà à l'autorisation CMS	Traitement(s) ajouté(s)	Traitement(s) retiré(s)
--	--	----------------------------	----------------------------

TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS PRÉVUS PAR LA LOI

00.	Arthroplastie-prothèse de la hanche (seulement pour les CMS non participatifs)	☐	☐	☐
01.	Arthroplastie-prothèse du genou (seulement pour les CMS non participatifs)	☐	☐	☐
02.	Extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intraoculaire	☐	☐	☐
03.	Chirurgies maxillo-faciales ou buccales	☐	☐	☐

TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DISPENSÉS SANS ÉGARD AU TYPE D'ANESTHÉSIE

1. Chirurgies esthétiques

1.1	Liposuccion	☐	☐	☐
1.2	Lipoinjection	☐	☐	☐

**TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DISPENSÉS SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE OU SOUS ANESTHÉSIE RÉGIONALE
DU TYPE TRONCULAIRE OU DU TYPE BLOC À LA RACINE D'UN MEMBRE, EXCLUANT LE BLOC DIGITAL**

3. Chirurgies mammaires

3.1	Mastectomie chez la femme et chez l'homme	☐	☐	☐
3.2	Exérèse de prothèse/capsulectomie	☐	☐	☐
3.3	Augmentation mammaire	☐	☐	☐
3.4	Réduction mammaire	☐	☐	☐
3.5	Autre reconstruction mammaire	☐	☐	☐

4. Chirurgies esthétiques

4.1	Lipectomie abdominale	☐	☐	☐
4.2	Abdominoplastie/redrapage cutané (autres régions)	☐	☐	☐
4.3	Rhytidectomie (modelage facial)	☐	☐	☐

5. Chirurgies orthopédiques

5.1	Chirurgie pour lésions bénignes des os, muscles, ligaments, tendons, bourses synoviales et fascias et arthroplastie d'hallux	☐	☐	☐
5.2	Exérèse de fil, clou, plaque et vis	☐	☐	☐

5.3	Arthrotomie ou arthroscopie diagnostique ou thérapeutique, excluant la colonne vertébrale	☐	☐	☐
5.3.1	Discoïdectomie ou laminectomie	☐	☐	☐
5.4	Chirurgie pour maladie de Dupuytren	☐	☐	☐
5.5	Chirurgie pour tunnel carpien	☐	☐	☐
5.6	Reconstruction ligamentaire du genou	☐	☐	☐
5.7	Acromioplastie, reconstruction de la coiffe	☐	☐	☐
5.8	Arthroplastie-prothèse de l'épaule, du coude ou du poignet	☐	☐	☐
6. Chirurgies oto-rhino laryngologiques et cervico-faciales				
6.1	Chirurgie du nez pour lésions bénignes ou troubles respiratoires	☐	☐	☐
6.2	Rhinoplastie, septoplastie et septorhinoplastie	☐	☐	☐
6.3	Chirurgie des sinus	☐	☐	☐
6.4	Sialendoscopie	☐	☐	☐
6.5	Amenuisement des cornets	☐	☐	☐
6.6	Myringotomie	☐	☐	☐
7. Chirurgies des systèmes vasculaire et lymphatique				
7.1	Ligature, section et exérèse pour varices	☐	☐	☐
7.2	Excision de ganglions superficiels	☐	☐	☐
8. Chirurgies du système digestif				
8.1	Chirurgie des lèvres, de la bouche et de la langue pour lésions bénignes ou précancéreuses	☐	☐	☐
8.2	Chirurgie ano-rectale pour fissure, fistule, hémorroïdes ou prolapsus	☐	☐	☐
8.3	Excision de glandes salivaires pour lésions bénignes	☐	☐	☐
8.4	Laparoscopie diagnostique	☐	☐	☐
8.4.1	Endocholécystectomie	☐	☐	☐
8.5	Chirurgie herniaire	☐	☐	☐
8.6	Chirurgie bariatrique	☐	☐	☐
9. Chirurgies gynécologiques				
9.1	Exérèse de kystes, de tumeurs bénignes ou malignes	☐	☐	☐
9.1.1	Traitement à l'anse diathermique au niveau du col de l'utérus	☐	☐	☐

9.2	Plastie des petites et grandes lèvres	☐	☐	☐
9.3	Cure de cystocèle toute voie d'approche, entéroccèle ou rectocèle	☐	☐	☐
9.3.1	Colporraphie antérieure ou postérieure	☐	☐	☐
9.3.2	Marsupialisation	☐	☐	☐
9.4	Ligature tubaire toute voie d'approche	☐	☐	☐
9.5	Dilatation et curetage	☐	☐	☐
9.6	Hystéroscopie diagnostique et thérapeutique	☐	☐	☐
9.7	Laparoscopie diagnostique et thérapeutique	☐	☐	☐
9.8	Hystérectomie vaginale simple	☐	☐	☐
9.9	Salpingo-ovariectomie, salpingectomie ou ovariectomie toute voie d'approche	☐	☐	☐
10. Chirurgies du système nerveux				
10.1	Chirurgie pour lésion ou réparation de nerfs périphériques	☐	☐	☐
11. Chirurgies de l'appareil visuel				
11.1	Au laser	☐	☐	☐
11.2	Kératectomie superficielle de la cornée	☐	☐	☐
11.3	Exérèse de lésions cutanées de la paupière	☐	☐	☐
11.4	Blépharoplastie	☐	☐	☐
11.5	Tarsorrhaphie et séparation des paupières	☐	☐	☐
11.6	Chirurgie pour strabisme	☐	☐	☐
11.7	Chirurgie de la rétine	☐	☐	☐
12. Chirurgies de l'appareil auditif				
12.1	Réparation d'oreilles décollées (prominauris)	☐	☐	☐
13. Chirurgies à des fins de transsexualisme				
13.1	Vaginoplastie	☐	☐	☐
13.2	Phalloplastie avec insertion de prothèse pénienne	☐	☐	☐
13.3	Scrotoplastie avec insertion de prothèses testiculaires	☐	☐	☐
14. Chirurgies cutanées				
14.1	Chirurgies pour abcès, tumeur, kyste, plaie, fistule superficielle ou profonde, glandes sudoripares, avec ou sans greffe, et débridement de plaie	☐	☐	☐

14.2	Greffe	☐	☐	☐
14.3	Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices	☐	☐	☐
14.4	Exérèse avec ou sans plastie de sinus pilonidal	☐	☐	☐
15. Biopsies mammaires				
15.	Biopsies mammaires	☐	☐	☐
16. Chirurgies urologiques				
16.1	Urétéroscopie	☐	☐	☐
16.2	Résection transurétrale de la prostate	☐	☐	☐
16.3	Résection transurétrale de tumeur vésicale	☐	☐	☐
16.4	Cure hydrocèle	☐	☐	☐
16.5	Orchidopexie	☐	☐	☐
16.6	Lithotomie	☐	☐	☐
16.7	Lithotripsie	☐	☐	☐
16.8	Néphrolithotomie	☐	☐	☐
Lit(s) et Salle(s)				
Nombre de lits d'hébergement demandés Inscrire, le cas échéant, le nombre de lits demandés pour l'hébergement de la clientèle du CMS (excluant les civières pour l'admission, le réveil et le transport des usagers). (Maximum de 10 lits au sein d'un même immeuble. À noter que les lits d'hébergement sont uniquement pour les CMS non participatifs).		Actuel à l'autorisation CMS	Ajout demandé	
			Indiquer uniquement le nombre de lits d'hébergement supplémentaires demandés. 	
Nombre de salles d'opération demandées Une salle d'opération est un espace aseptisé, ventilé selon les normes en vigueur et équipé pour des interventions chirurgicales majeures. Elle comprend ou peut comprendre des canalisations pour les gaz médicaux, une table d'opération et une table d'anesthésie. Les salles partiellement équipées, destinées à des interventions prévues par le règlement, doivent également être comptabilisées.		Actuel à l'autorisation CMS	Ajout demandé	
			Indiquer uniquement le nombre de salles d'opération supplémentaires demandées. 	
Est-ce qu'un appareil de radiologie est ou sera utilisé dans le cadre des traitements médicaux spécialisés que vous comptez dispenser? Si oui, lequel et pour quel traitement médical spécialisé ou quels traitements médicaux spécialisés?			Oui ☐	Non ☐

Si oui, nommez quel(s) appareil(s) de radiologie devrait être utilisé(s) et dans quel contexte :

- ☐ En utilisation pré- et postopératoire
- ☐ En utilisation peropératoire
- ☐ Pour injection de médicaments
- ☐ Autres

Oui Non

Est-ce que vous détenez un permis de laboratoire de radiologie diagnostique spécifique qui a été délivré pour l'utilisation des appareils de radiologie du CMS?

☐ ☐

Si oui, fournissez le nom du laboratoire et son numéro de permis :

- Nom du laboratoire :
- Numéro de permis :

OBTENTION DE L'AGRÉMENT

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

L'exploitant d'un CMS doit, dans un délai de trois ans à compter de la date de délivrance d'une autorisation CMS, obtenir l'agrément des services qui sont offerts dans le centre auprès d'un organisme d'agrément reconnu par Santé Québec.

Il doit conserver cet agrément en tout temps par la suite.

Date d'obtention de
l'agrément :

Durée de l'agrément :

Nom de l'organisme
d'agrément :

- ☐ Non-client auprès d'un organisme d'agrément.
- ☐ En démarche avec un organisme d'agrément, indiquez la date prévue de la visite de l'organisme d'agrément.
- ☐ Agréé depuis :

Dans le cas d'une démarche en cours ou d'une accréditation obtenue, fournir les documents qui font preuve des démarches entamées ou de l'obtention de votre accréditation (démarches et échéancier en cours, rapports d'agrément, lettre de décision et/ou copie du certificat délivré par l'organisme d'agrément).

INCIDENCES SUR LE RÉSEAU PUBLIC

Section à remplir seulement dans le cadre d'une demande de modification de l'autorisation du CMS (ajouts ou retraits de traitements médicaux spécialisés, de lits, de salles d'opération, modification du statut d'exploitation ou déménagement du CMS).

Décrire quelle sera l'incidence prévisible de l'embauche du personnel requis par le CMS sur le réseau public de santé et de services sociaux, et ce, tant sur le plan des effectifs médicaux et du personnel clinique non médical que sur le plan de l'organisation des services cliniques. Présenter des justifications appropriées.

PRÉSENTATION DU PROJET

Section à remplir seulement dans le cadre d'une demande de modification de l'autorisation du CMS (ajouts ou retraits de traitements médicaux spécialisés, de lits, de salles d'opération, modification du statut d'exploitation ou déménagement du CMS).

Quelles sont les problématiques d'accès pour la population qui se trouveraient résolues par votre demande pour l'exercice des traitements médicaux concernés?

STRUCTURE DE LA PERSONNE MORALE OU DE LA SOCIÉTÉ

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

Pour la personne morale ou la société qui demande l'autorisation CMS, indiquez toutes les catégories d'actions ou de parts conférant un droit de vote ainsi que le nombre total d'actions ou de parts émises, et ce, pour chaque catégorie d'actions ou de parts conférant un droit de vote.

Catégorie(s) d'actions ou de parts conférant un droit de vote	Total d'actions ou de parts émises

Pour la personne morale ou la société qui demande l'autorisation CMS, indiquez le nom et les coordonnées de tous les actionnaires ou associés qui détiennent les actions ou les parts conférant un droit de vote. Pour chacun de ces actionnaires ou associés, veuillez indiquer la ou les catégories d'actions ou de parts conférant un droit de vote qu'il détient ainsi que le nombre et le pourcentage d'actions ou de parts détenues dans la personne morale ou la société.

Nom des actionnaires ou associés détenant des actions ou des parts votantes	Catégorie(s) d'actions ou de parts votantes détenues	N ^{bre} d'actions ou de parts votantes détenues	% d'actions ou de parts votantes détenues
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			

Lorsque les actionnaires ou les associés du requérant de l'autorisation CMS sont des personnes morales ou des sociétés, veuillez compléter le tableau suivant en détaillant le nom de la personne morale ou société actionnaire et le nom de tous les actionnaires ou associés qui détiennent les actions ou les parts conférant un droit de vote de cette personne morale actionnaire. Pour chacun de ces actionnaires ou associés, veuillez indiquer la ou les catégories d'actions ou de parts conférant un droit de vote qu'il détient ainsi que le nombre et le pourcentage d'actions ou de parts détenues dans la personne morale ou la société actionnaire.

Nom de la personne morale ou société actionnaire et noms de tous les actionnaires ou associés	Catégorie(s) d'actions ou de parts votantes détenues	N ^{bre} d'actions ou de parts votantes détenues	% d'actions ou de parts votantes détenues
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			

*(Veuillez ajouter une page supplémentaire si nécessaire et l'annexer au formulaire).

Conseil d'administration (CA) ou conseil de gestion interne (CGI)
 de la personne morale ou de la société qui exploite le CMS

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

Composition et règles du quorum

Le CA ou le CGI, selon le cas, de la personne morale ou de la société qui exploite le CMS est composé de _____ personnes, dont _____ sont des médecins. Ces médecins constituent en tout temps la majorité du quorum du CA ou du CGI, lequel est fixé à _____ administrateurs.
 Veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Noms et prénoms des membres du CA ou du CGI	Profession	Numéro de permis CMQ	Le membre exerce sa profession dans le centre	
			Oui	Non
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Est-ce que l'un des médecins membres du CA ou du CGI, selon le cas, a, dans les trois ans précédant la demande, vu son droit d'exercer la médecine limité ou suspendu ou avoir fait l'objet d'une radiation temporaire?

Si oui, nommez-le ou les médecins.

☐

☐

Est-ce que l'un des membres du CA ou plusieurs exercent dans un autre CMS?

Si oui, nommez-le ou les médecins concernés et le nom du CMS.

☐

☐

Est-ce que l'un des médecins membres du CA ou du CGI, selon le cas, a été reconnu coupable d'une infraction criminelle dans les cinq ans précédant la demande?

Si oui, nommez-le ou les médecins concernés.

☐

☐

ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

En plus de respecter les autres conditions prévues à la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) (LGSSSS), le requérant et les membres du CA ou du CGI doivent confirmer à Santé Québec ce qui suit :

Déclaration du requérant :

Je déclare que le requérant de l'autorisation CMS :

Oui

Non

- n'a pas été déclaré coupable, dans les trois ans précédant la demande, d'une infraction à la LGSSSS ou n'a pas une poursuite encore pendant pour une telle infraction;
- n'a pas été déclaré coupable, dans les cinq ans précédant la demande, d'une infraction criminelle ou n'a pas une poursuite encore pendant pour une telle infraction.

☐

☐

☐

☐

Si vous avez répondu non à l'une des deux questions mentionnées précédemment, une analyse supplémentaire devra être effectuée par Santé Québec et d'autres documents devront être transmis.

En foi de quoi, je signe cette déclaration,

Nom en lettres moulées

Signature

Date

Déclaration des membres du CA ou du CGI de la personne morale ou de la société requérante (à compléter pour chacun des membres) :

Je déclare que le requérant de l'autorisation CMS :

Oui

Non

- ne pas avoir été déclaré coupable, dans les trois ans précédant la demande, d'une infraction à la LGSSSS ou ne pas avoir une poursuite encore pendant pour une telle infraction;
- n'a pas été déclaré coupable, dans les cinq ans précédant la demande, d'une infraction criminelle ou n'a pas une poursuite encore pendant pour une telle infraction.

☐

☐

☐

☐

Si vous avez répondu non à l'une des deux questions mentionnées précédemment, une analyse supplémentaire devra être effectuée par Santé Québec et d'autres documents devront être transmis.

En foi de quoi, je signe cette déclaration,

Nom en lettres moulées

Signature

Date

Nom en lettres moulées

Signature

Date

Nom en lettres moulées

Signature

Date

Nom en lettres moulées

Signature

Date

ENGAGEMENT

(Assurance responsabilité professionnelle)

En tant que titulaire d'une autorisation CMS et conformément aux dispositions du Règlement sur la délivrance des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2, r.8), je déclare formellement ce qui suit :

1. Je m'engage à fournir une preuve que je détiens un contrat d'assurance responsabilité professionnelle d'au moins 1 000 000 \$ par réclamation établissant une garantie contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité que je peux encourir en raison d'une faute ou d'une négligence commise dans l'exploitation du CMS, et ce, avec la compagnie d'assurance suivante :

* Considérant que l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) n'est pas une compagnie d'assurance, elle ne peut pas conclure un contrat d'assurance responsabilité professionnelle.

* Dans la preuve d'assurance, le nom du titulaire de l'autorisation CMS doit être inscrit dans la partie « Assuré ». L'adresse du lieu d'exploitation autorisé doit être également inscrite dans le document.
2. Je m'engage à maintenir en vigueur un pareil contrat d'assurance pendant toute la durée de l'autorisation du CMS qui est de 5 ans.
3. Je m'engage également à afficher, en tout temps, l'autorisation CMS obtenue à la vue du public.

En foi de quoi j'ai signé à _____ ce _____
(Lieu) (Date : jour/mois/année)

(Inscrire le nom du titulaire de l'autorisation CMS).

Signé par :

(Signature de la personne autorisée par la personne morale ou de la société, titulaire de l'autorisation CMS).

LISTE DE CONTRÔLE DES DOCUMENTS

Section obligatoire à compléter avec ou sans modification(s) à y apporter.

Les documents que vous devez joindre à votre demande de renouvellement et/ou de modification d'autorisation CMS sont énumérés ci-dessous. S'il manque des documents nécessaires, le formulaire de demande pourrait vous être renvoyé. Cochez la case voulue lorsque le document est joint.

☐	Formulaire de demande d'autorisation CMS pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé (CMS) - Renouvellement et/ou modification(s). (*Obligatoire)
☐	Résolution du CA ou du CGI, selon le cas, de la personne morale ou de la société autorisant la présentation de la demande de renouvellement et/ou de modification de l'autorisation CMS (gabarit en annexe, si nécessaire). (*Obligatoire)
☐	Copie du bail des locaux, en vigueur : si le titulaire est locataire des locaux, il est nécessaire de fournir une copie du bail. Ce document détaillera les conditions de la location, y compris la durée, le loyer, et les responsabilités de chaque partie. (*Obligatoire, lors du renouvellement de l'autorisation CMS, ou toute modification qui s'y rattache (par exemple : déménagement, changement administratif, etc.)).
☐	Copie du contrat de location des équipements de chirurgie, en vigueur : si le titulaire est locataire des équipements de chirurgie, il doit également fournir le contrat de location correspondant. Ce contrat précisera les modalités de location des équipements, les coûts associés, et les obligations de maintenance et d'assurance. (*Obligatoire, lors du renouvellement de l'autorisation CMS, ou toute modification qui s'y rattache (par exemple : déménagement, changement administratif, etc.)).
☐	Preuve que le titulaire de l'autorisation CMS détient 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 titulaire de l'autorisation CMS peut encourir résultant d'une faute ou d'une négligence commise dans l'exploitation du centre médical spécialisé. (*Obligatoire) Le contrat doit être conclu par le titulaire de l'autorisation CMS (personne physique, personne morale ou société, selon le cas). * À la preuve d'assurance, le nom du titulaire doit être affiché dans la partie « Assuré ».
☐	Paieement par chèque libellé à l'ordre de Santé Québec. (*Obligatoire, lors d'une demande de renouvellement de l'autorisation CMS).
☐	Rapport d'évaluation fourni par l'organisme d'agrément (*Obligatoire, lors d'une demande de renouvellement de l'autorisation CMS).
☐	Copie des statuts de constitution (incluant la description du capital-actions) ou du contrat de société (selon le cas). (*Obligatoire, lors du renouvellement et/ou modification de ces statuts).
☐	Copie de la convention conclue entre les actionnaires de la personne morale titulaire de l'autorisation CMS. (*Obligatoire lors du renouvellement et/ou modification de la convention).

☐	Copie des statuts de modification ou amendements au contrat de société (selon le cas). (*Obligatoire lors du renouvellement et/ou modification des statuts ou des amendements).
☐	Copie de l'entente conclue entre le titulaire de l'autorisation CMS et le dentiste permettant de fournir à leur clientèle, dans les installations du centre, les services nécessaires pour les chirurgies maxillo-faciales ou buccales. (*Obligatoire lors du renouvellement et/ou modification de l'autorisation CMS, le cas échéant).
☐	Documents supplémentaires joints : le cas échéant, veuillez les spécifier :

DÉCLARATION

Le médecin, la personne morale ou la société qui demande le renouvellement et/ou la modification de l'autorisation CMS déclare :

- avoir pris connaissance de la Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux (LGSSSS), des règlements et des conditions qui y sont énumérées et attestent être en conformité avec ces exigences;
- ne pas être un failli non libéré;
- ne pas avoir été titulaire d'une autorisation CMS qui, dans les trois ans précédant la demande, a fait l'objet d'une révocation;
- avoir rempli l'ensemble des sections obligatoires et/ou requises du formulaire et atteste que les renseignements fournis dans le présent document sont exacts;
- avoir joint à la présente demande les renseignements et documents exigés;
- procéder, dans un délai de trois ans à compter de la délivrance de son autorisation CMS, à l'obtention d'un agrément de ses traitements médicaux spécialisés du CMS auprès d'un organisme d'agrément reconnu par Santé Québec et le conserver en tout temps par la suite;
- transmettre à Santé Québec un rapport de ses activités pour l'année civile précédente, au plus tard le 31 mars de chaque année;
- transmettre une demande de modification pour tout type de changement à l'intérieur de son CMS et obtenir l'autorisation CMS préalablement de Santé Québec, avant d'effectuer les changements envisagés.

Nom en lettres moulées

Signature

Date

TRANSMISSION DE LA DEMANDE

À la demande de Santé Québec, le demandeur pourrait être appelé à transmettre d'autres documents ou renseignements nécessaires à l'analyse de la demande.

En cas d'omission de section(s) non complète(s), nous serons dans l'obligation de vous retourner celle-ci afin que vous puissiez apporter les correctifs et ajustements nécessaires à l'analyse de votre demande.

La demande de renouvellement ou de modification de l'autorisation CMS doit être transmise par courriel à l'adresse cms@sante.quebec

Seul le chèque devra être transmis par la poste à l'adresse suivante :

Responsable des autorisations CMS
Direction des relations institutionnelles
Santé Québec
3000, avenue Saint-Jean-Baptiste
Québec (Québec) G2E 6J5

L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

RÉSOLUTION

Extrait du procès-verbal d'une réunion du conseil d'administration ou du conseil de gestion interne de **INDIQUER LE NOM DE LA PERSONNE MORALE OU DE LA SOCIÉTÉ** exploitant le CMS **INDIQUER LE NOM DU CMS**, tenue le **INDIQUER LA DATE DE LA RÉUNION** et à laquelle il y avait quorum.

CLIQUER POUR
 CLIQUER POUR
 CLIQUER POUR

Il est (unanimement) résolu :

- 1) d'autoriser la présentation de la demande ci-jointe auprès de Santé Québec;
- ET
- 2) de mandater **INDIQUER LE NOM DE LA PERSONNE MANDATÉE** pour effectuer toutes les démarches nécessaires pour donner suite à la présente résolution.

Extrait certifié conforme

_____	_____
Nom en lettres moulées	Nom en lettres moulées
_____	_____
Signature de la personne autorisée	Signature de la personne autorisée
_____	_____
Date	Date
_____	_____
Nom en lettres moulées	Nom en lettres moulées
_____	_____
Signature de la personne autorisée	Signature de la personne autorisée
_____	_____
Date	Date
_____	_____
Nom en lettres moulées	Nom en lettres moulées
_____	_____
Signature de la personne autorisée	Signature de la personne autorisée
_____	_____
Date	Date