

# COMMUNIQUÉ

Site Internet : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>  
Courriel : [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca)  
INFO PROF : Québec (418) 528-7763  
Montréal, ailleurs au Québec 1 800 463-7763



## POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

<b>Assistance aux professionnels</b>	
Québec	(418) 643-8210
Montréal	(514) 873-3480
Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick	1 800 463-4776
<b>Télécopieur</b>	
Québec	(418) 646-9251
Montréal	(514) 873-5951

Sillery, le 31 janvier 2002

À l'attention des médecins omnipraticiens et des chefs de département régional de médecine générale (DRMG)

## Programme de formation continue Annexe XIX et Autres renseignements administratifs

Nous vous informons que les parties négociantes ont donné leur accord à la reconduction des mesures transitoires de l'Annexe XIX (programme de formation continue) **pour l'année 2002**.

### Pour vous prévaloir du programme et recevoir votre allocation forfaitaire :

1. Si vous n'avez pas reçu de formulaire de la part du chef du DRMG, vous devez utiliser le même formulaire que l'an passé soit « **L'Autorisation à se prévaloir du fond d'allocation de formation continue** », le remplir, le signer et le remettre à votre chef du DRMG pour approbation; un *exemplaire* est joint au présent communiqué ainsi qu'une *liste des régies régionales*. Veuillez vous assurer d'indiquer sur le formulaire près des signatures, l'année **2002** et le numéro de votre région (ex. : région de l'Estrie = 05).

Dès que ce formulaire sera signé par vous et le chef du DRMG, veuillez le transmettre via le télécopieur au numéro **(418) 646-8110** ou à l'adresse qui suit :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Service de l'admissibilité et de l'inscription des professionnels  
Case postale 15000  
Sillery (Québec) G1K 9H9

Cette autorisation doit être transmise une seule fois par année visée; il n'est donc pas nécessaire de l'expédier en même temps qu'une demande de remboursement.

2. Pour la demande de remboursement, vous remplissez le formulaire n° **3814 « Demande de remboursement – Programme de formation continue »**, en inscrivant les renseignements pertinents et en l'envoyant à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4

Vous remarquerez que l'adresse a été changée; si vous possédez des formulaires n° 3814, veuillez ne pas tenir compte de l'ancienne adresse mais de celle ci-dessus mentionnée.

- ◆ Le formulaire n° 3814 mentionnant la nouvelle adresse est disponible dans le site Internet de la RAMQ : [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca), Médecins omnipraticiens – Formulaires.
  - ◆ Il peut également être commandé par télécopieur au numéro (418) 646-9251.
3. Nous vous rappelons que la période inscrite dans la **case PÉRIODE** du formulaire n° 3814 ne doit pas dépasser **30 jours**;

Exemples : session d'un jour : 14 février 2002 : période du 2002-02-14 au 2002-02-14;  
session de 3 jours : 13, 14,15 février 2002 : période du 2002-02-13 au 2002-02-15;  
possibilité de regrouper des sessions : 31 juillet 2002,15 août 2002, 3 septembre 2002 :  
période du 2002-07-31 au 2002-08-15 **OU** période du 2002-08-15 au 2002-09-03;  
à éviter : période excédant 30 jours telle du 31 juillet 2002 au 3 septembre 2002.

La **case QUANTIÈME** contient la ou les dates de la session. Dans l'exemple de la session de 3 jours plus haut, vous inscrirez 13 dans 01, 14 dans 02, 15 dans 03.

4. Vous devez joindre à l'original de chaque demande de remboursement, une copie de **l'attestation de présence signée** contenant tous les renseignements nécessaires (organisme responsable, dates, durée de l'activité de formation, catégorie de crédits attribués). Cette attestation vous est remise sur place lors du cours.

#### **Jours de formation alloués :**

Un maximum de 7 jours par année civile est alloué au médecin préalablement autorisé par le chef du DRMG, au prorata des mois de pratique active (selon le paragraphe 3.05 de l'Annexe XIX) et de sa participation aux activités du DRMG au cours de **l'année précédente**. Les activités du DRMG n'ayant pu être déterminées pour l'année 2001, ce sont les mesures transitoires qui s'appliquent (par.8.03 de l'Annexe XIX).

Allocation forfaitaire : 300 \$ pour chaque journée de formation (minimum de 6 heures) et de 150 \$ par demi-journée (minimum de 3 heures).

#### **Profil de rémunération :**

Il est à noter que le profil de rémunération des 6 premiers mois de l'année 2001, que la Régie devait vous transmettre au plus tard le 15 janvier 2002 en vertu du paragraphe 5.01 de l'Annexe XIX, vous parviendra au cours du mois de mars prochain. Pour les fins de production de ce profil, nous considérerons le cumul des gains mensuels et le nombre de jours de facturation correspondants (un mois de pratique active équivaut à une rémunération minimale de 2 000 \$/10 jours ou de 4 000 \$/mois). Ces montants seront établis au tarif de base prévu à l'Entente. Nous tenons à vous préciser toutefois que les situations telles que congé de maternité, vacances, période d'invalidité, ne seront pas prises en compte dans ce profil même si elles sont considérées aux fins de l'Annexe XIX, comme des périodes de pratique active. Si vous êtes concerné par l'une de ces situations, **nous communiquerons avec vous** au moment opportun, afin que vous nous fournissiez les informations et pièces justificatives appropriées.

#### **Mise en garde :**

Il est important de vous signaler que la Régie procédera , de façon rétroactive, à l'évaluation de votre dossier **pour les années 2001 et 2002**. Nous vous invitons donc à être très vigilants quant au respect des **règles sur la pratique active**, édictées au paragraphe 3.05 de l'Annexe XIX afin d'éviter toute récupération monétaire ultérieure.

Si vous désirez consulter le texte de **l'Annexe XIX**, il est disponible dans le site Internet de la Régie à l'adresse [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca), Médecins omnipraticiens, Manuels, Brochure n° 1. Vous l'avez également reçu en annexe du **communiqué 110, daté du 21 mars 2001**.



## LISTE DES RÉGIES RÉGIONALES

REGION		N° RAMQ
01	RRSSS du Bas-Saint-Laurent	94019
02	RRSSS du Saguenay Lac-Saint-Jean	94029
03	RRSSS de Québec	94039
04	RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec	94049
05	RRSSS de l'Estrie	94059
06	RRSSS de Montréal-Centre	94069
07	RRSSS de l'Outaouais	94079
08	RRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue	94089
09	RRSSS de la Côte-Nord	94099
10	RRSSS du Nord du Québec	94109
11	RRSSS de la Gaspésie et des Iles-de-la-Madeleine	94119
12	RRSSS de Chaudière-Appalaches	94129
13	RRSSS de Laval	94139
14	RRSSS de Lanaudière	94149
15	RRSSS des Laurentides	94159
16	RRSSS de la Montérégie	94169
17	RRSSS du Nunavik	94179
18	Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James	94183

**AUTORISATION À SE PRÉVALOIR DU FONDS D'ALLOCATION  
DE FORMATION CONTINUE**

<b>Nom :</b>		<b>Prénom :</b>	
<b>Adresse :</b>		<b>N° de pratique :</b>	
		<b>N° de téléphone :</b>	
		<b>N° de télécopieur :</b>	
		<b>Courriel :</b>	

**PRATIQUE MÉDICALE (indiquez les secteurs d'activités qui composaient votre pratique professionnelle habituelle au cours des douze derniers mois)**

1. **Cabinet privé :**  Médecine familiale avec prise en charge et service   
Autres activités \_\_\_\_\_   
Sans rendez-vous (samedi, dimanche et jours fériés)

2. **Pratique en CLSC :**  Médecine familiale  Maintien à domicile (MAD)   
Autres activités \_\_\_\_\_   
Sans rendez-vous (samedi, dimanche et jours fériés)

3. **Pratique dans d'autres établissements :** CHSLD  CR

4. **Pratique en CHSGS :**

1. Hospitalisation (soins aigus) <input type="checkbox"/>	5. Gériatrie <input type="checkbox"/>
2. Urgence <input type="checkbox"/>	6. Psychiatrie <input type="checkbox"/>
3. Obstétrique <input type="checkbox"/>	7. Soins palliatifs <input type="checkbox"/>
4. UMF <input type="checkbox"/>	8. Autres <input type="checkbox"/>
	Spécifiez _____

5. **Autres pratiques :**

Santé publique   
Régie régionale  (incluant CMR et DRMG)  
Autres  (spécifiez) \_\_\_\_\_

6. **Participation à une garde en établissement, incluant le service de MAD :**

Sur place  En disponibilité

Signature : \_\_\_\_\_

Autorisation DRMG : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## AVIS IMPORTANT

### Renouvellement d'autorisation – Médicament ou Patient d'exception

*« Le Service de l'expertise pharmaceutique accorde, de façon exceptionnelle, des autorisations de paiement pour certains médicaments d'exception pour une période supérieure à la durée de votre ordonnance. Dans ce cas, la lettre d'autorisation que vous recevez indique que le paiement du médicament est accepté jusqu'à nouvel avis. Par conséquent, au moment du renouvellement de votre ordonnance, vous n'avez plus de formulaire de demande d'autorisation à remplir, et ce, jusqu'à ce que la Régie vous avise du contraire. »*

Service de l'expertise pharmaceutique