



POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

**Assistance aux professionnels**

Québec (418) 643-8210  
Montréal (514) 873-3480

Ailleurs au Québec, en Ontario  
et au Nouveau-Brunswick 1 800 463-4776

**Télécopieur**

Québec (418) 646-9251  
Montréal (514) 873-5951

Québec, le 16 novembre 2004

À l'attention des médecins omnipraticiens

## Appel de candidatures de médecins

Pour assurer l'accessibilité auprès des services d'urgence pour la prochaine période des Fêtes ainsi que pour la relâche scolaire, les parties négociantes ont convenu de la **Lettre d'entente n° 169** prévoyant des modalités de rémunération similaires à celles déjà développées pour contrer les situations de menace de rupture de services due à une pénurie d'effectifs durant certaines périodes de l'année. La rémunération prévue pour les forfaits a été augmentée.

Le [texte paraphé](#) de cette lettre d'entente vous est présenté dans notre site Internet sous réserve des approbations gouvernementales. Nous reproduisons en annexe l'[extrait](#) relatif aux conditions de rémunération qui comporte les instructions de facturation.

- ◆ Vous détenez des privilèges pour exercer dans un service d'urgence ou en avez détenus au cours des quatre dernières années?
- ◆ Vous acceptez d'être dépêché auprès d'un établissement en crise à quelques heures de préavis?
- ◆ Vous avez de la disponibilité pour une semaine, ou plus, **du 22 décembre 2004 au 4 janvier 2005** et **du 28 février au 6 mars 2005**?

Nous vous invitons à prendre connaissance de la L.E. n° 169. Si vous êtes intéressé, veuillez remplir le [formulaire](#) ci-joint et le transmettre **au plus tard le 10 décembre 2004**, à l'adresse suivante :

**Direction des Affaires professionnelles  
FMOQ  
1440, Ste-Catherine Ouest, suite 1000  
Montréal, Qc H3G 1R8  
Télécopieur : 514-878-4455**

**En ce qui a trait à la semaine du 28 février au 6 mars 2005, vous pouvez acheminer vos formulaires jusqu'au 28 janvier 2005.**

Pour le médecin qui s'engage, la L.E. n° 169 prévoit un forfait (exclu du plafond trimestriel) :

- ◆ De **3 250 \$ par semaine de disponibilité prévue**, s'ajoutant à la rémunération des services rendus, **s'il est effectivement désigné dans un établissement au cours de cette semaine**;
- ◆ De **3 750 \$ par semaine de disponibilité prévue**, **s'il n'est pas désigné** dans un établissement au cours de cette semaine.

De plus, les dépenses inhérentes à la prestation de services du médecin lui seront remboursées conformément à l'entente.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. Extrait du texte paraphé de la Lettre d'entente n° 169  
Formulaire d'inscription

**EXTRAIT DU TEXTE PARAPHÉ DE LA LETTRE D'ENTENTE N° 169  
(articles 5.00 et 7.00)**

**Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année**

**5.00 Modalités spécifiques de rémunération**

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités prévues à l'article 30.00 de l'entente générale et le tout conformément aux lettres d'ententes régissant le ou les établissement(s) demandeur(s) ;

5.02 Un forfait au montant de 3 250 \$ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 3 750 \$ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

**AVIS** : Remplir le formulaire « Demande de paiement – médecin n° 1200 » et inscrire les données suivantes :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code **19041** (montant de 3 250 \$) ou le code **19042** (montant de 3 750 \$) dans la case ACTES (montants soumis à la rémunération majorée) ;
- reporter le montant dans la case TOTAL ;
- la date de service correspondant au **dernier jour de la semaine de disponibilité** (le mardi ou le dimanche selon le cas) ;
- le code de localité de votre lieu de pratique principal.

**Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.**

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

**7.00 Respect de l'engagement**

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement moins de dix (10) jours avant le début de la période concernée ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 1875 \$ pour chaque semaine d'engagement.

# Formulaire d'inscription à la lettre d'entente n° 169

Direction des affaires professionnelles  
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec  
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, suite 1000  
Montréal (Québec) H3G 1R8

Téléphone : (514) 878-1911  
Sans frais : 1 800 361-8499  
Télécopieur : (514) 878-4455

## IDENTIFICATION

Nom		Prénom			
Adresse – Domicile professionnel					
Adresse – Résidence					
Ind. rég.	Téléphone (bureau)	Ind. rég.	Téléphone (résidence)	Ind. rég.	Téléavertisseur
Ind. rég.	Télécopieur	Adresse électronique			
N° du permis d'exercice	N° d'assurance responsabilité	Année	Code	Langues parlées : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

## DISPONIBILITÉ

Nombre de semaines : \_\_\_\_\_

Pour les semaines du : (indiquez dans la case votre préférence par ordre de priorité)

22 décembre au 28 décembre 2004       29 décembre au 4 janvier 2005       28 février au 6 mars 2005

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE – Dans les 4 dernières années avez-vous pratiqué dans un service d'urgence?

### Centre hospitalier

Spécifiez le ou les : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Identifiez les établissements où vous détenez des privilèges actuellement :

\_\_\_\_\_

### NOUVEAU GRADUÉ – Vous n'avez pas encore exercé :

Indiquez le nom de l'Université où vous avez complété votre formation en médecine de famille	Spécifiez le nom du directeur du programme
--	--

### SIGNATURE :

Je désire m'inscrire à la lettre d'entente n° 169. J'autorise également la Régie de l'assurance maladie du Québec et le Comité paritaire MSSS-FMOQ à s'échanger mutuellement les renseignements qui me concernent et dont la communication est nécessaire aux fins de l'administration de ladite lettre d'entente.

Signature \_\_\_\_\_

Date 

_____	_____	_____
Année	Mois	Jour