

www.ramq.gouv.qc.ca

Courriel
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Téléphone
Québec (418) 643-8210
Montréal (514) 873-3480
Ailleurs 1 800 463-4776

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

Nos préposés sont en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30

Québec, le 12 avril 2005

À l'attention des médecins omnipraticiens

URGENCES ÉTÉ 2005 Appel de candidature de médecins

Afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence confronté à une menace de rupture de services due à une pénurie d'effectifs, les parties négociantes ont convenu de la **Lettre d'entente n° 173** prévoyant des modalités de rémunération particulières pour le médecin qui s'engage à assurer sa disponibilité pour une semaine ou plus **entre le 20 juin et le 9 septembre 2005**.

- ◆ Vous détenez des privilèges pour exercer dans un service d'urgence ou en avez détenu au cours des quatre dernières années?
- ◆ Vous acceptez d'être dépêché auprès d'un établissement à risque de rupture de services, à quelques heures de préavis?
- ◆ Vous avez de la disponibilité pour une semaine, ou plus, au cours de cette période?

Si oui, vous pouvez vous inscrire à la Lettre d'entente n° 173 qui, en plus de prévoir le remboursement des dépenses inhérentes à la prestation de services en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale, prévoit les forfaits de disponibilité suivants (exclus du plafond trimestriel) :

- ◆ 3 250 \$ par semaine, s'ajoutant à la rémunération des services rendus, si le médecin est effectivement désigné dans un établissement au cours de sa semaine d'engagement;
- ◆ 3 750 \$ par semaine, s'il n'est pas désigné dans un établissement au cours de cette semaine.

Pour vous engager, veuillez remplir le formulaire ci-joint et le transmettre **au plus tard le 1^{er} juin 2005**, à l'adresse suivante :

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

Pour plus de détails, vous pouvez vous référer [au texte paraphé de la L.E. n° 173](#) présenté dans notre site Internet sous réserve des approbations gouvernementales ou à l'extrait relatif aux conditions de rémunération joint en annexe. Ce dernier intègre les instructions de facturation et des caractères gras permettant de repérer les éléments modifiés par rapport à la Lettre d'entente n° 161 (appel de candidature été 2004).

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. Annexe – Extrait du texte paraphé de la Lettre d'entente n° 173
Formulaire d'inscription

**EXTRAIT DU TEXTE PARAPHÉ DE LA LETTRE D'ENTENTE N° 173
(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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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 relatives au mécanisme de dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement;

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 (le vendredi ou le dimanche selon le cas) de dispensation de la semaine de disponibilité;
- 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, **après le 20 mai 2005**, du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de **1 875 \$** pour chaque semaine d'engagement non respectée.

Formulaire d'inscription à la lettre d'entente n° 173

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.	Cellulaire	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)		
<input type="checkbox"/> 20 juin au 26 juin	<input type="checkbox"/> 18 juillet au 24 juillet	<input type="checkbox"/> 15 août au 21 août
<input type="checkbox"/> 25 juin au 1 ^{er} juillet	<input type="checkbox"/> 23 juillet au 29 juillet	<input type="checkbox"/> 20 août au 26 août
<input type="checkbox"/> 27 juin au 3 juillet	<input type="checkbox"/> 25 juillet au 31 juillet	<input type="checkbox"/> 22 août au 28 août
<input type="checkbox"/> 2 juillet au 8 juillet	<input type="checkbox"/> 30 juillet au 5 août	<input type="checkbox"/> 27 août au 2 septembre
<input type="checkbox"/> 4 juillet au 10 juillet	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} août au 7 août	<input type="checkbox"/> 29 août au 4 septembre
<input type="checkbox"/> 9 juillet au 15 juillet	<input type="checkbox"/> 6 août au 12 août	<input type="checkbox"/> 3 septembre au 9 septembre
<input type="checkbox"/> 11 juillet au 17 juillet	<input type="checkbox"/> 8 août au 14 août	
<input type="checkbox"/> 16 juillet au 22 juillet	<input type="checkbox"/> 13 août au 19 août	

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 ou vous avez complété votre formation en médecine de famille	Spécifiez le nom du directeur du programme

Je désire m'inscrire à la lettre d'entente n° 173							
Signature _____	Date <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table>				Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour					