

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 15 novembre 2005

À l'attention des médecins omnipraticiens

## APPEL DE CANDIDATURE DE MÉDECINS Lettre d'entente n° 177

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 au cours de la période des fêtes ainsi que de la relâche scolaire printanière, les parties négociantes ont convenu de la Lettre d'entente n° 177. 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 détenu au cours des quatre dernières années?
- ◆ Vous acceptez d'être dépêché à quelques heures de préavis auprès d'un établissement à risque de rupture de services?
- ◆ Vous avez de la disponibilité pour une semaine, ou plus, du 22 décembre 2005 au 4 janvier 2006 et du 25 février au 12 mars 2006?
- ◆ Vous ne provenez pas d'un établissement inscrit au mécanisme de dépannage?

Nous vous invitons à prendre connaissance de la Lettre d'entente n°177 et si cela vous intéresse veuillez remplir le [formulaire](#) ci-joint et le transmettre **au plus tard le 9 décembre 2005**, à l'adresse suivante :

**Centre national Médecins-Québec**  
**Ministère de la Santé et des Services sociaux**  
**1075, chemin Ste-Foy, 9<sup>e</sup> étage**  
**Québec, Qc G1S 2M1**  
**Télécopieur : 418 266-8974**

En ce qui a trait à la période de relâche scolaire, vous pourrez continuer à acheminer vos formulaires jusqu'au 10 février 2006.

Pour le médecin qui s'engage, la Lettre d'entente n° 177 prévoit les forfaits suivants (exclus du plafond trimestriel) :

- 3 250 \$ par semaine de disponibilité prévue, 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 de disponibilité prévue, si non désigné.

De plus, les frais de déplacement (transport et temps) du médecin dépêché sont remboursés selon les modalités de l'article 30.00 de l'entente générale.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Formulaire d'inscription](#)  
Partie II – Extrait du texte paraphé de la Lettre d'entente n° 177

**EXTRAIT DU TEXTE PARAPHÉ DE LA LETTRE D'ENTENTE N° 177  
(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 de l'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 de la semaine de disponibilité** (le mercredi, le vendredi 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 1 875 \$ pour chaque semaine d'engagement non respectée.

# Formulaire d'inscription à la lettre d'entente n° 177

Centre national Médecins-Québec  
 Ministère de la Santé et des Services sociaux  
 1075, chemin Ste-Foy, 9<sup>e</sup> étage  
 Québec (Québec) G1S 2M1

Téléphone : 418 266-6977  
 Sans frais : 1 800 463-2647  
 Télécopieur : 418 266-8974

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)		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 22 décembre au 28 décembre 2005  <input type="checkbox"/> 29 décembre 2005 au 4 janvier 2006                         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 25 février au 3 mars 2006  <input type="checkbox"/> 27 février au 5 mars 2006  <input type="checkbox"/> 4 mars au 10 mars 2006  <input type="checkbox"/> 6 mars au 12 mars 2006                         </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 22 décembre au 28 décembre 2005 <input type="checkbox"/> 29 décembre 2005 au 4 janvier 2006	<input type="checkbox"/> 25 février au 3 mars 2006 <input type="checkbox"/> 27 février au 5 mars 2006 <input type="checkbox"/> 4 mars au 10 mars 2006 <input type="checkbox"/> 6 mars au 12 mars 2006
<input type="checkbox"/> 22 décembre au 28 décembre 2005 <input type="checkbox"/> 29 décembre 2005 au 4 janvier 2006	<input type="checkbox"/> 25 février au 3 mars 2006 <input type="checkbox"/> 27 février au 5 mars 2006 <input type="checkbox"/> 4 mars au 10 mars 2006 <input type="checkbox"/> 6 mars au 12 mars 2006	

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE – Dans les 4 dernières années avez-vous pratiqué dans un service d'urgence
<b>Centre hospitalier</b>
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

Je désire m'inscrire à la lettre d'entente n° 177.							
Signature _____	Date <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Jour</td> </tr> </table>				Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour					