

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 5 juin 2006

À l'intention des médecins omnipraticiens

URGENCES - ÉTÉ 2006 Prolongation de la période d'appel de candidature

Le 26 avril dernier, nous vous transmettions le [communiqué 008](#) afin de lancer un appel de candidature de médecins pour assurer le maintien de l'accessibilité dans les services d'urgence au cours de l'été 2006. Un extrait du texte de la Lettre d'entente n° 178, prévoyant des forfaits spécifiques pour les médecins acceptant de se mettre en disponibilité pour au moins une semaine, était joint au communiqué et intégrait les instructions de facturation pertinentes.

La période d'inscription est prolongée jusqu'au **16 juin 2006** étant donné que des candidatures sont encore requises. Les semaines présentant un plus grand besoin sont identifiées par un astérisque (*) sur le [formulaire d'inscription](#) ci-joint.

Vous êtes invité à soumettre votre candidature si vous :

- ◆ détenez des privilèges pour exercer dans un service d'urgence ou en avez détenus au cours des quatre dernières années;
- ◆ avez de la disponibilité pour une semaine ou plus au cours de la période indiquée;
- ◆ acceptez d'être dépêché auprès d'un établissement à quelques heures de préavis.

Pour plus de détails, vous pouvez prendre connaissance de la [Lettre d'entente n° 178](#). Si vous êtes intéressé, veuillez remplir le formulaire ci-joint et le transmettre, **au plus tard le 16 juin 2006**, à l'adresse suivante :

**Centre national Médecins-Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 9^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Télécopieur : 418 266-8974**

Ce communiqué et le précédent sont dans le site Internet de la RAMQ à l'adresse suivante :
<http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. Formulaire d'inscription à la Lettre d'entente n° 178

Formulaire d'inscription à la Lettre d'entente n° 178

Centre national Médecins-Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 9^e 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)		
<input type="checkbox"/> 19 juin au 25 juin *	<input type="checkbox"/> 17 juillet au 23 juillet *	<input type="checkbox"/> 14 août au 20 août *
<input type="checkbox"/> 24 juin au 30 juin *	<input type="checkbox"/> 22 juillet au 28 juillet *	<input type="checkbox"/> 19 août au 25 août
<input type="checkbox"/> 26 juin au 2 juillet	<input type="checkbox"/> 29 juillet au 4 août *	<input type="checkbox"/> 21 août au 27 août
<input type="checkbox"/> 1 ^{er} juillet au 7 juillet *	<input type="checkbox"/> 31 juillet au 6 août *	<input type="checkbox"/> 28 août au 3 septembre
<input type="checkbox"/> 3 juillet au 9 juillet	<input type="checkbox"/> 7 août au 13 août	
<input type="checkbox"/> 8 juillet au 14 juillet	<input type="checkbox"/> 12 août au 18 août	
<input type="checkbox"/> 10 juillet au 16 juillet *		
<input type="checkbox"/> 15 juillet au 21 juillet		

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

Je désire m'inscrire à la Lettre d'entente n° 178.							
Signature _____	Date <table border="1"><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>	_____	_____	_____	Année	Mois	Jour
_____	_____	_____					
Année	Mois	Jour					