

**AVIS DE SERVICE - MÉDECINS OMNIPRATICIENS**  
 Rémunération au **tarif horaire**, au **per diem**, à la **vacation** et à l'**acte**  
 lorsque prévue à l'entente particulière

**1- Renseignements sur le professionnel**

|   |     |        |
|---|-----|--------|
| NUMÉRO<br><b>1</b>  | NOM | PRÉNOM |
| Type d'avis de service : <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> avis de service <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Prolongation <input type="checkbox"/> Modification                       |     |        |
| Type de nomination : <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Garde <input type="checkbox"/> Surnuméraire (article 11.01) <input type="checkbox"/> Autorisation en cas d'urgence (article 11.02) <b>1</b> |     |        |

**2- Établissement**

|     |       |        |
|-----|-------|--------|
| NOM | VILLE | NUMÉRO |
|-----|-------|--------|

**3- Situation d'entente**

Le professionnel est nommé en vertu de (cocher **une case** correspondant à une seule situation d'entente) :

**ENTENTE PARTICULIÈRE EN CLSC**

Rémunération à l'acte (article 3.02)     Tous les jours     Samedi, dimanche et jours fériés

Nomination pour moins de 17,5 heures (article 4.02)

Nomination spécifique selon l'article 10.07A de l'entente

Autorisation du comité paritaire

**ENTENTE PARTICULIÈRE SOINS GÉRIATRIQUES EN :**     CHSGS     CHSLD

Si rémunération à l'acte :  À la demande du patient (médecin visiteur)

Autorisée par le comité paritaire

Droit acquis (au moment de l'adhésion)

**AUTRE ENTENTE PARTICULIÈRE** ..... (titre abrégé) S'il s'agit de santé publique **2**

Annexe I (CSSS, CHSLD, CR)     Annexe II (CLSC du réseau de garde)

Annexe III (CHSGS, CHSP)     Annexe IV (Victimes d'agression sexuelle)

Malades admis     Garde régionale

Obstétrique     Garde sous-régionale

**ENTENTE PARTICULIÈRE – GARDE EN DISPONIBILITÉ** .....

**ACCORD** (numéro et titre abrégé) .....

**LETTRE D'ENTENTE** (numéro et titre abrégé) .....  Lettre d'entente numéro 154

**ENTENTE GÉNÉRALE** .....  
 Article 17.01, paragraphe 1, 2<sup>e</sup> alinéa (médecine du travail) **2**

**4- Conditions d'exercice et de rémunération**

|  |  |
|--|--|
| Mode de rémunération<br><input type="checkbox"/> TARIF HORAIRE <input type="checkbox"/> PER DIEM <input type="checkbox"/> VACATION <input type="checkbox"/> ACTE | Durée de validité :<br>DU ANNÉE MOIS JOUR AU ANNÉE MOIS JOUR                                       |
| Nombre d'heures hebdomadaires<br>HEURES CENTIÈMES  | Au tarif horaire : heures en santé publique, s'il y a lieu : <b>2</b> HEURES CENTIÈMES             |
| heures en santé et sécurité au travail <b>2</b> HEURES CENTIÈMES   | <input type="checkbox"/> Dépassement du nombre maximal d'heures (annexe XIV, section 1, art. 5.10) |

**5- Rémunération majorée en région désignée**

**SI NOMINATION EN CENTRE HOSPITALIER**  MEMBRE ACTIF

SPÉCIFIQUE AVEC PRIVILÈGES EN : .....

**SI NOMINATION EN CLSC DU RÉSEAU DE GARDE** PARTICIPATION À LA GARDE :  OUI     NON

Si privilèges exclusifs en obstétrique, joindre la recommandation du CMDP (annexe XII, article 1.3)

**6- Autorisations**

|   |  |                         |
|---|--|-------------------------|
| PERSONNE AUTORISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT (LETTRES MAJUSCULES)  | SIGNATURE  | DATE<br>ANNÉE MOIS JOUR |
| <input type="checkbox"/> <b>1</b> DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS ou DIRECTEUR GÉNÉRAL (seulement lorsqu'il s'agit d'une autorisation en cas d'urgence - article 11.02) | <input type="checkbox"/> <b>2</b> DIRECTEUR PROVINCIAL OU RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ou DIRECTEUR DE L'INSPQ (si le professionnel de la santé agit dans le cadre d'un programme dirigé et/ou coordonné par ce directeur) |                         |
| NOM (LETTRES MAJUSCULES)  | SIGNATURE  | DATE<br>ANNÉE MOIS JOUR |

## GUIDE DE REMPLISSAGE (3547)

IMPORTANT : Un formulaire distinct est requis pour chaque situation d'entente.

### 1- RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL

#### Numéro

Le numéro du professionnel est composé de six chiffres suivis d'un septième chiffre valideur (facultatif).

#### TYPE D'AVIS DE SERVICE (Cocher une seule case.)

##### 1<sup>er</sup> avis de service

Il s'agit d'une première nomination d'un médecin dans l'établissement dans le cadre d'une entente donnée selon ce mode de rémunération.

##### Renouvellement

L'avis de service est renouvelé sans interruption et sans aucune modification aux renseignements fournis dans l'avis précédent à l'exception de la durée de validité de la nomination.

##### Prolongation

L'avis de service comporte les mêmes renseignements que celui expédié précédemment à l'exception de la période de nomination qui est prolongée.

##### Modification

Il s'agit d'une modification lorsqu'un ou des renseignements sont différents de ceux figurant sur l'avis de service expédié précédemment.

#### TYPE DE NOMINATION (Cocher une seule case.)

##### Régulier

Le médecin est nommé par le conseil d'administration de l'établissement après recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Dans le cadre de cette nomination, un statut et des privilèges lui sont attribués.

##### Garde

Le médecin est nommé pour effectuer exclusivement de la garde sur place ou de la garde en disponibilité.

##### Surnuméraire

Le médecin est nommé par un établissement autre qu'un centre hospitalier pour compléter les effectifs médicaux en cas d'absence temporaire ou de vacances. La durée maximale est de six mois consécutifs (article 11.01 de l'entente générale).

##### Autorisation en cas d'urgence

Le médecin est autorisé à travailler dans un établissement en cas d'urgence à titre exceptionnel et temporaire, et ce, sans nomination par le conseil d'administration (article 11.02 de l'entente générale).

### 2- ÉTABLISSEMENT

#### Nom

Inscrire le nom de l'établissement où les services sont rendus. S'il s'agit d'une nomination au bénéfice d'une agence de la santé et des services sociaux, inscrire son nom.

#### Numéro

Le numéro de l'établissement doit **correspondre au numéro inscrit à l'annexe de l'entente particulière visée.**

### 3- SITUATION D'ENTENTE

Cette section doit être obligatoirement remplie. Elle sert à désigner l'entente relative aux activités spécifiques d'un médecin dans le cadre de sa pratique dans un établissement. Les conditions d'exercice et de rémunération établies en vertu des modalités prévues à l'entente visée sont énoncées sur le site Internet de la RAMQ à l'adresse : [http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni-manuel/manu\\_tdm.shtml](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni-manuel/manu_tdm.shtml) et dans la brochure n° 2 du *Manuel des omnipraticiens*. **Si votre établissement n'est pas adhérent à l'entente particulière concernée, vous devez faire une demande en ce sens au ministère de la Santé et des Services sociaux.**

#### Lettre d'entente numéro 154

Si cette case est cochée, préciser dans le cadre de quelle entente particulière le médecin est nommé.

### 4- CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION

#### Mode de rémunération

Se référer à l'entente visée pour s'assurer que le mode de rémunération est permis.

#### Durée de validité

S'il s'agit d'un premier avis de service, la durée maximale est de trois ans. S'il s'agit d'un renouvellement, la durée minimale est de deux ans, à moins que la demande vise une période moins longue.

#### Nombre d'heures hebdomadaires

Indiquer le nombre d'heures et, s'il y a lieu, leur répartition entre la santé publique et la santé et sécurité au travail. Dans le cas d'une pratique variable, indiquer la moyenne des heures. S'il y a lieu, indiquer le nombre de vacances converties en heures.

#### Dépassement du nombre maximal d'heures

Un supplément d'heures (880 heures/année) est prévu lorsque la réquisition des services médicaux curatifs ou préventifs entraîne le dépassement du nombre maximal prévu pour la période régulière (1 540 heures/année).

- Cocher cette case lorsqu'il y a dépassement du nombre maximal d'heures pour un médecin rémunéré à tarif horaire ou à l'acte sur une base régulière.

### 5- RÉMUNÉRATION MAJORÉE EN RÉGION DÉSIGNÉE

#### Si nomination en centre hospitalier

**Membre actif** : il s'agit du statut accordé à un médecin en fonction de son degré élevé d'activité et d'engagement dans le fonctionnement du centre hospitalier.

**Nomination spécifique avec privilèges en** : mention à cocher et à remplir lorsque le médecin détient une nomination spécifique dans un centre hospitalier. Voir les modalités d'application dans l'entente générale (article 10.00A).

#### Si nomination en CLSC du réseau de garde

L'établissement doit préciser si le médecin participe à la garde. (Voir annexe XII, article 1.2, paragraphe c pour plus de détails.)

### 6- AUTORISATIONS

Le nom et la signature de la personne autorisée de l'établissement sont obligatoires. Dans les cas décrits en ❶ et en ❷, le nom et la signature du directeur concerné sont obligatoires.