Régie de l'assurance maladie Québec

AVIS DE SERVICE – MÉDECIN OMNIPRATICIEN
Honoraires fixes et rémunération mixte

1. Renseignements sur le médecin omnipraticien

PRÉNOM	NOM	NUMÉRO DE PROFESSIONNEL
		1

Type d'avis de service ☐ **1er avis de service** ☐ **Renouvellement** ☐ **Modification**

Type de nomination ☐ **Régulier** ☐ **Garde** ☐ **Autorisation en cas d'urgence** (entente générale, paragraphe 11.02) ❶

2. Établissement ou installation

NOM	VILLE	NUMÉRO

3. Situation d'entente

Nomination en vertu de (cochez une seule situation d'entente) :

☐ **ANNEXE XXII** Inscrivez le ou les secteurs de pratique (consultez l'encadré dans les instructions au verso) et cochez obligatoirement un régime.

..... Secteurs de pratique ☐ Régime A ☐ Régime B

☐ **ANNEXE XXIII – RÉMUNÉRATION MIXTE** Inscrivez le ou les secteurs de pratique (consultez l'encadré dans les instructions au verso).

..... Secteurs de pratique ☐ Droit acquis acte (CLSC, GMF-U)

☐ **ENTENTE PARTICULIÈRE EN CLSC**

☐ **Rémunération à l'acte** (paragraphe 3.02) ☐ **Rémunération à honoraires fixes** (paragraphes 3.05, 3.06 et 3.09)

☐ Tous les jours ☐ Samedi, dimanche et jour férié ☐ Clinique pour réfugiés ☐ Médecine de rue ☐ Programme d'itinérance ☐ Programme de toxicomanie ☐ Programme de santé mentale (supplément à l'acte)

☐ **ENTENTE PARTICULIÈRE – MÉDECIN ENSEIGNANT**

☐ Sans rendez-vous (acte) (paragraphe 4.07) ☐ Chef du GMF-U (paragraphe 8) ☐ Assistant du chef du GMF-U (paragraphe 8) ☐ Malades admis – GMF-U (paragraphe 3.02) ☐ Activités académiques d'enseignement occasionnelles (paragraphe 4.12)

☐ **AUTRE ENTENTE PARTICULIÈRE** ..... Titre abrégé (s'il s'agit de la santé publique ❷) ☐ IVG (acte)

☐ **ACCORD OU LETTRE D'ENTENTE** ..... Numéro et titre abrégé ☐ Lettre d'entente nº 154

☐ **ENTENTE GÉNÉRALE** .....
Paragraphe 17.01, 2e alinéa du 1er sous-paragraphe (médecine du travail) ❷

☐ **CONTRAT COMPLÉMENTAIRE** (entente générale, paragraphe 10.13 A)

4. Conditions d'exercice et de rémunération

Mode de rémunération
☐ **Honoraires fixes**
☐ **Mixte (annexe XXIII, paragraphe 2.12)**

Durée de validité **DU** ANNÉE MOIS JOUR **AU** ANNÉE MOIS JOUR

Le médecin est-il tenu d'effectuer de la garde sur place? ☐ OUI ☐ NON

Si NON, précisez la période d'exemption **DU** ANNÉE MOIS JOUR **AU** ANNÉE MOIS JOUR

Nombre d'heures hebdomadaires
☐ **Plein temps :** _____ heures
☐ **Demi-temps :** 17,5 heures

Nombre d'heures en santé publique (s'il y a lieu) ❷ _____ heures

Nombre d'heures en santé et sécurité du travail (s'il y a lieu) ❷ _____ heures

☐ Dépassement du nombre maximal d'heures au tarif horaire (entente générale, paragraphe 15.01)

5. Rémunération majorée en région désignée

NOMINATION EN CENTRE HOSPITALIER ☐ MEMBRE ACTIF ☐ SPÉCIFIQUE AVEC PRIVILÈGES EN .....

NOMINATION EN CLSC DU RÉSEAU DE GARDE PARTICIPATION À LA GARDE ☐ OUI ☐ NON

Si des privilèges sont octroyés exclusivement en obstétrique, joignez la recommandation du CMDP (annexe XII, paragraphe 1.3).

6. Autorisations

PERSONNE AUTORISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT (lettres majuscules)	**SIGNATURE** ANNÉE MOIS JOUR
☐ ❶ DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS ou DIRECTEUR GÉNÉRAL (seulement pour une autorisation en cas d'urgence – paragraphe 11.02)	☐ ❷ DIRECTEUR GÉNÉRAL OU RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ou DIRECTEUR DE L'INSPQ (si le professionnel de la santé agit dans le cadre d'un programme dirigé ou coordonné par ce directeur)
NOM (lettres majuscules)	**SIGNATURE** ANNÉE MOIS JOUR

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus, Québec (Québec) G1K 7T3 Télécopieur : 418 646-8110

INSTRUCTIONS

IMPORTANT : Remplissez un formulaire distinct pour chaque situation d'entente.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN OMNIPRATICIEN

Numéro de professionnel
Ce numéro est composé de 6 chiffres suivis d'un 7e chiffre valideur (facultatif).

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

1er avis de service
Première nomination d'un médecin dans l'établissement ou l'installation dans le cadre d'une entente donnée selon ce mode de rémunération.

Renouvellement
Renouvellement sans interruption et sans aucune modification des renseignements fournis dans l'avis précédent, à l'exception de la durée de validité de la nomination.

Modification
Modification lorsque des renseignements sont différents de ceux figurant sur l'avis initial ou lorsque la nomination prend fin.

TYPE DE NOMINATION (Cochez 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 (CMDP). 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.

Autorisation en cas d'urgence
Le médecin est autorisé à travailler dans une installation en cas d'urgence à titre exceptionnel et temporaire, et ce, sans nomination par le conseil d'administration (entente générale, paragraphe 11.02).

2. ÉTABLISSEMENT OU INSTALLATION

Nom
Inscrivez le nom de l'établissement ou de l'installation où les services sont rendus.

Numéro
Le numéro de l'établissement ou de l'installation doit **correspondre à celui inscrit dans les listes de désignation ou à celui figurant dans le texte déterminant certaines situations d'entente.**
Pour plus d'information, consultez **les manuels de l'entente des médecins omnipraticiens ou les listes des établissements au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes-omni.**

3. SITUATION D'ENTENTE

Précisez l'entente qui régit la pratique du médecin dans un établissement ou une installation. **Si l'établissement ou l'installation n'est pas désigné à la situation d'entente visée, faites une demande en ce sens au ministère de la Santé et des Services sociaux.**

Annexe XXII
Au moment de sa nomination ou de son renouvellement, le médecin opte pour un des modes de rémunération admissibles, et cela, pour chaque programme, unité, service ou département, ou leur regroupement (annexe XXII, article 2.00).

Annexe XXIII
Le médecin rémunéré à honoraires fixes dans un ou des secteurs de pratique visés peut choisir d'être rémunéré, **en plus de son mode actuel**, selon le mode de rémunération mixte. Dans ce cas, cochez la case « Mixte (annexe XXIII, paragraphe 2.12) », qui se trouve dans la section 4. Si le médecin désire mettre fin au mode des honoraires fixes et opter pour le mode mixte uniquement, utilisez le formulaire 3547.

Lettre d'entente no 154
Si cette case est cochée, précisez dans le cadre de quelle entente particulière ou autre situation d'entente le médecin est nommé.

Contrat complémentaire (entente générale, paragraphe 10.13 A)
Cochez cette case si le médecin détient une nomination à temps plein à honoraires fixes dans une autre installation du même centre intégré de santé et de services sociaux ou d'une autre catégorie d'établissement et s'il peut être rémunéré selon ce mode à partir de la même nomination.

4. CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION

Mode de rémunération
La situation d'entente visée doit permettre ce mode de rémunération.

Durée de validité
Autant pour un premier avis de service que pour son renouvellement, la période doit avoir une durée minimale de 12 mois et maximale de 48 mois (sauf pour les établissements du Nord).

Nombre d'heures hebdomadaires
Inscrivez 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, inscrivez la moyenne des heures.

Dépassement du nombre maximal d'heures
Un supplément d'heures (880 heures/année) au tarif horaire peut être autorisé lorsque la réquisition des services médicaux curatifs ou préventifs entraîne le dépassement du nombre maximal d'heures prévu pour la période régulière (1540 heures/année). Cochez cette case lorsque le dépassement du nombre maximal d'heures est autorisé.

Si le médecin choisit le mode de rémunération mixte en plus du mode des honoraires fixes, le dépassement du nombre maximal d'heures ne peut pas être autorisé.

5. RÉMUNÉRATION MAJORÉE EN RÉGION DÉSIGNÉE

Nomination en centre hospitalier
Membre actif : cochez cette case si un statut est accordé à un médecin en raison de son degré élevé d'activité et d'engagement dans le fonctionnement du centre hospitalier.

Nomination spécifique avec privilèges en : cochez cette case et précisez si le médecin détient une nomination spécifique dans un centre hospitalier (entente générale, article 10.00 A).

Nomination en CLSC du réseau de garde
Précisez si le médecin participe à la garde (annexe XII, paragraphe 1.2 *c)*).

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.

Secteurs de pratique – Annexes XXII et XXIII

- Psychiatrie : soins physiques
- Psychiatrie : soins physiques – garde sur place seulement (annexe XXII, paragraphe 1.06; annexe XXIII, paragraphe 2.16)
- Psychiatrie : soins psychiatriques
- Psychiatrie : soins psychiatriques – garde sur place seulement (annexe XXII, paragraphe 1.06; annexe XXIII, paragraphe 2.16)
- Soins de courte durée gériatrique (incluant la réadaptation)
- Soins de longue durée (incluant la réadaptation)
- Soins palliatifs

Secteurs de pratique – Annexe XXII

- Adaptation, réadaptation en déficience physique
- Adaptation, réadaptation en déficience physique : garde sur place seulement (paragraphe 1.06)
- Programme déficience physique, intellectuelle ou protection de la jeunesse
- Toxicomanie

Secteurs de pratique – Annexe XXIII

- Clinique de la douleur
- Clinique des maladies du sein
- Clinique d'oncologie
- GMF-U – Activités académiques d'enseignement occasionnelles
- Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U)
- Réadaptation
- Réadaptation : garde sur place seulement (paragraphe 2.16)
- Santé et sécurité du travail
- Santé publique
- Services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle, services dispensés dans le cadre du programme jeunesse et services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) en CLSC
- Soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs