1 Renseignements sur la direction			
Région – Établissement – Numéro RAMQ			
Nom du directeur régional de santé publique		Courriel de la personne contact	Téléphone
			Poste
2 Identification du médecin spécialiste-conseil			
Nom et prénom		No de permis CMQ	Spécialité
3 Participation au programme de santé publique			
Nature du service			
En santé publique (05) à raison de _____ heures par semaine			
En santé et sécurité au travail (07) à raison de _____ heures par semaine			
Durée de la participation au cours d'une année civile (1er janvier au 31 décembre) :		IMPORTANT : Veuillez remplir deux formulaires si la participation du médecin s'étale sur deux années civiles	
Date de début	Date de fin		
4 Description détaillée des activités y compris le nombre d'heures projetées par semaine et par activité			
Clarification des activités (1)			Nombre d'heure par semaine
Clarification des activités (2)			Nombre d'heure par semaine
Clarification des activités (3)			Nombre d'heure par semaine
Informations supplémentaires sur la demande :			
5 Signature du directeur régional de santé publique			
Nom, prénom		Signature	Date de signature

Le directeur de santé publique transmet **par courriel aux adresses suivantes** pour MSSS et FMSQ et par **poste ou télécopieur** à la RAMQ aux coordonnées indiquées ci-dessous

MSSS
msss-applicationspec@msss.gouv.qc.ca
Direction des ententes de rémunération
médicale et pharmaceutique

FMSQ
aff.professionnelles@fmsq.org
Direction des Affaires professionnelles

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

GUIDE DE REMPLISSAGE

1. Inscrivez les informations relatives à votre établissement et du directeur régional de santé publique

1 Renseignements sur la direction			
Région – Établissement – Numéro RAMQ			
VEUILLEZ CHOISIR UN ÉTABLISSEMENT**			
Nom du directeur régional de santé publique	Courriel de la personne contact	Téléphone	Poste

2. Inscrivez les informations relatives au médecin visé par cette demande

2 Identification du médecin spécialiste-conseil		
Nom et prénom	No de permis CMQ	Spécialité
		VEUILLEZ CHOISIR UNE SPÉCIALITÉ**

3. Inscrivez les informations relatives au programme de santé publique et de la période de participation

3 Participation au programme de santé publique	
Nature du service	
☐ En santé publique (05) à raison de [ ] heures par semaine	
☐ En santé et sécurité au travail (07) à raison de [ ] heures par semaine	
Durée de la participation au cours d'une année civile (1er janvier au 31 décembre) :	
Date de début [ ]	Date de fin [ ]
IMPORTANT : Veillez remplir deux formulaires si la participation du médecin s'étale sur deux années civiles	

4. Inscrivez la description détaillée des activités associées au programme de santé publique et le nombre d'heure associé par semaine

4 Description détaillée des activités y compris le nombre d'heures projetées par semaine et par activité	
Clarification des activités (1)	Nombre d'heure par semaine
Clarification des activités (2)	Nombre d'heure par semaine
Clarification des activités (3)	Nombre d'heure par semaine
Informations supplémentaires sur la demande :	

5. Faites signer le formulaire par le directeur régional de santé publique

5 Signature du directeur régional de santé publique		
Nom, prénom	Signature	Date de signature

6. Envoyez le formulaire aux adresses indiquées, soit par courriel, par télécopieur ou par la poste

Le directeur de santé publique transmetts par courriel aux adresses suivantes pour MSSS et FMSQ et par poste ou télécopieur à la RAMQ aux coordonnées indiquées ci-dessous		
MSSS msss-applicationspec@msss.gouv.qc.ca Direction des ententes de rémunération médicale et pharmaceutique	FMSQ aif_professionnelles@fmsq.org Direction des Affaires professionnelles	RAMQ Régie de l'assurance maladie du Québec C. P. 6600, succ. Terminus Québec (Québec) G1K 7T3 Télécopieur : 418 646-8110