

**1- Renseignements sur le professionnel**

NUMÉRO <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"/> Modification		
Type de nomination <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Garde <input type="checkbox"/> Autorisation en cas d'urgence (entente générale, paragr. 11.02) ①		

**2- Établissement ou installation**

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

**3- Situation d'entente**

Le professionnel est nommé en vertu du texte suivant (cocher une seule situation d'entente)

**ANNEXE XXII** Inscrive le ou les secteurs de pratique (voir encadré du guide de remplissage)

.....  
Secteurs de pratique

**ANNEXE XXIII – RÉMUNÉRATION MIXTE** Inscrive le ou les secteurs de pratique (voir encadré du guide de remplissage)

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

**ENTENTE PARTICULIÈRE EN CLSC**

Rémunération à l'acte (paragr. 3.02)  Rémunération au tarif horaire (paragr. 3.05, 3.06 et 3.09)

Tous les jours  Samedi, dimanche et jour férié  Clinique pour réfugiés  Programme d'itinérance  Programme de toxicomanie  Programme de santé mentale (suppl. acte)

**ENTENTE PARTICULIÈRE – GARDE EN DISPONIBILITÉ**

Annexe I (CISSS, CHSLD, CR)  Annexe II (CLSC du réseau de garde)  Annexe III (CHSGS, CHSP)  Annexe IV (Victimes d'agression sexuelle)

Malades admis  Obstétrique  Garde régionale  Garde sous-régionale

**ENTENTE PARTICULIÈRE – MÉDECIN ENSEIGNANT**

Sans rendez-vous (acte) (paragr. 4.07)  Chef du GMF-U (paragr. 8)  Assistant du chef du GMF-U (paragr. 8)  Malades admis – GMF-U (paragr. 3.02)

**AUTRE ENTENTE PARTICULIÈRE** .....  IVG (acte)

Titre abrégé (s'il s'agit de la santé publique ②)

**ACCORD OU LETTRE D'ENTENTE** .....  Lettre d'entente n° 154

Numéro et titre abrégé

**ENTENTE GÉNÉRALE** .....  
Paragr. 17.01, 2<sup>e</sup> alinéa du 1<sup>er</sup> sous-paragr. (médecine du travail) ②

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

Mode de rémunération

TARIF HORAIRE  PER DIEM  VACATION  ACTE  MIXTE (annexe XXIII, paragr. 2.03)

Durée de validité DU ANNÉE MOIS JOUR AU ANNÉE MOIS JOUR

Nombre d'heures hebdomadaires Au tarif horaire

HEURES	CENTIÈMES	Heures en santé publique, s'il y a lieu ②	HEURES	CENTIÈMES	Heures en santé et sécurité du travail ②	HEURES	CENTIÈMES	<input type="checkbox"/> Dépassement du nombre maximal d'heures (annexe XIV, section I, paragr. 5.10)
--------	-----------	---	--------	-----------	--	--------	-----------	---

**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 privilèges exclusifs en obstétrique, joindre la recommandation du CMDP (annexe XII, paragr. 1.3)

**6- Autorisations**

PERSONNE AUTORISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT (lettres majuscules)	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR
<input type="checkbox"/> ① DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS ou DIRECTEUR GÉNÉRAL (seulement pour une autorisation en cas d'urgence – paragr. 11.02)	<input type="checkbox"/> ② 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

# GUIDE DE REMPLISSAGE (3547)

IMPORTANT : Remplir un formulaire distinct 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

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 aux 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 (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 (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 ou de la garde en disponibilité.

#### 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 de l'établissement (entente générale, paragr. 11.02).

## 2- ÉTABLISSEMENT OU INSTALLATION

### Nom

Inscrire 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 à l'annexe de l'entente particulière visée, de l'annexe XXII ou de l'annexe XXIII, ou à celui figurant dans le texte déterminant les autres situations d'entente.** Pour plus d'information, consulter les **manuels de l'entente des médecins omnipraticiens ou les listes des établissements** au [www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes-omni](http://www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes-omni).

## 3- SITUATION D'ENTENTE

Cette section doit obligatoirement être remplie afin de préciser quelle entente 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, faire 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, art. 2.00).

### Annexe XXIII

Le médecin peut opter pour le mode de rémunération mixte dans un secteur de pratique admissible. En faisant ce choix, le médecin **met fin à son mode de rémunération actuel pour passer à la rémunération mixte.** Dans ce cas, la case MIXTE (annexe XXIII paragr. 2.03) doit être cochée. Si le médecin à honoraires fixes désire opter pour le mode mixte tout en maintenant son mode actuel, utiliser le formulaire 1897.

### Lettre d'entente n° 154

Si cette case est cochée, préciser dans le cadre de quelle entente particulière ou autre situation d'entente le médecin est nommé.

## 4- CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION

### Mode de rémunération

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

### Durée de validité

S'il s'agit d'un premier avis de service, la durée de la période doit être de 18 à 24 mois. S'il s'agit d'un renouvellement, il doit avoir une durée minimale de 1 an et maximale de 3 ans.

### Nombre d'heures hebdomadaires

Inscrire 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, inscrire la moyenne des heures.

### Dépassement du nombre maximal d'heures (annexe XIV, section I, paragr. 5.10)

Un supplément d'heures (880 heures/année) 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). Cocher cette case lorsque le dépassement du nombre maximal d'heures est autorisé.

Le médecin qui choisit le mode de rémunération mixte ne peut être autorisé au dépassement du nombre maximal d'heures.

## 5- RÉMUNÉRATION MAJORÉE EN RÉGION DÉSIGNÉE

### Nomination en centre hospitalier

**Membre actif** : statut 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** : case à cocher et précision à fournir lorsque le médecin détient une nomination spécifique dans un centre hospitalier (entente générale, art. 10.00 A).

### Nomination en CLSC du réseau de garde

Préciser si le médecin participe à la garde. (annexe XII, paragr. 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 (ann. XXII, paragr. 1.06; ann. XXIII, paragr. 2.16)
- Psychiatrie : soins psychiatriques
- Psychiatrie : soins psychiatriques – garde sur place seulement (ann. XXII, paragr. 1.06; ann. XXIII, paragr. 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 (paragr. 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
- Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U)
- Réadaptation
- Réadaptation : garde sur place seulement (paragr. 2.16)
- Santé et sécurité du travail
- Santé publique

### Secteurs de pratique en CLSC – Annexe XXIII

- Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U)
- 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)
- Soutien à domicile incluant les soins palliatifs