

Annexe 38 (Sections 1- 2- 4)

Annexe 40 (Sections 1- 2- 4)

Pool (Sections 1- 3- 4)

Support (Sections 1- 3- 4)

1 Renseignements sur l'établissement et l'installation			
<u>Établissement</u>			
<u>Installation numéro 1</u>		<u>Département, service ou secteur d'activité</u>	
<u>Installation numéro 2</u>		<u>Département, service ou secteur d'activité</u>	
<u>Installation numéro 3</u>		<u>Département, service ou secteur d'activité</u>	
<u>Installation numéro 4</u>		<u>Département, service ou secteur d'activité</u>	
<u>Installation numéro 5</u>		<u>Département, service ou secteur d'activité</u>	
<u>Directeur des services professionnels</u>	<u>Téléphone</u>	<u>Poste</u>	<u>Courriel de la personne contact</u>

2 Renseignements sur le médecin spécialiste voulant bénéficier de l'annexe 38 ou 40			
<u>Nom et prénom</u>	<u>No de permis CMQ</u>	<u>Spécialité</u>	<u>Pratique du médecin</u>
			Exclusivement pédiatrique
<u>Date de début demandée :</u>	<u>Installation principale de pratique (PEM)</u>		Principalement pédiatrique
			Non applicable
<u>Signature du médecin</u>		<u>Date de signature</u>	
N.B. : Par signature de ce document le médecin désirant se prévaloir du mode de rémunération mixte autorise la Régie de l'Assurance maladie du Québec à transmettre à la FMSQ et au MSSS le numéro anonyme correspondant à leur numéro de médecin ainsi que les données nominatives le concernant.			

3 Renseignements sur la demande de support ou de pool de service	
<u>Spécialité</u>	<u>Veillez décrire la raison et dans quelle installation :</u>
<u>Date de début demandée :</u>	<u>Date de fin (si applicable) :</u>

4 Signature du chef de département, service ou secteur d'activité		
<u>Chef de département service ou secteur d'activité</u>	<u>Téléphone</u>	<u>Poste</u>
<u>Signature du chef de département service ou secteur d'activité</u>	5 Commentaires supplémentaires relatifs à la demande si nécessaire	
<u>Date de signature</u>		

Le directeur des services professionnels, service ou secteur d'activité **transmet** aux **adresses courriels suivantes pour :**
 → **Pool et support** aux **MSSS et FMSQ** uniquement → **Annexes 38-40** aux **MSSS, FMSQ et RAMQ**

MSSS
msss-applicationspec@msss.gouv.qc.ca

FMSQ
aff.professionnelles@fmsq.org

RAMQ
statistiques@ramq.gouv.qc.ca

Direction générale adjointe des ententes de
rémunération des professionnels de la santé

Direction des Affaires professionnelles

Direction de l'analyse et de la gestion de
l'information

GUIDE DE REMPLISSAGE

- Sélectionnez quelle est la nature de votre demande et complétez les sections précisées

 Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec		DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT SELON LE MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE EN ÉTABLISSEMENT
<input type="radio"/> Annexe 38 (Sections 1- 2- 4)	<input type="radio"/> Annexe 40 (Sections 1- 2- 4)	<input type="radio"/> Pool (Sections 1- 3- 4)
<input type="radio"/> Support (Sections 1- 3- 4)		

- Inscrivez les informations relatives à votre établissement et aux installations concernant la demande

1 Renseignements sur l'établissement et l'installation			
Établissement			
****VEUILLEZ CHOISIR UN ÉTABLISSEMENT*****			
Installation numéro 1	Département, service ou secteur d'activité		
****VEUILLEZ CHOISIR UNE INSTALLATION *****			
Installation numéro 2	Département, service ou secteur d'activité		
****VEUILLEZ CHOISIR UNE INSTALLATION *****			
Installation numéro 3	Département, service ou secteur d'activité		
****VEUILLEZ CHOISIR UNE INSTALLATION *****			
Installation numéro 4	Département, service ou secteur d'activité		
****VEUILLEZ CHOISIR UNE INSTALLATION *****			
Installation numéro 5	Département, service ou secteur d'activité		
****VEUILLEZ CHOISIR UNE INSTALLATION *****			
Directeur des services professionnels	Téléphone	Poste	Courriel de la personne contact
			@

- Inscrivez les informations relatives au médecin visé par cette demande

2 Renseignements sur le médecin spécialiste voulant bénéficier de l'annexe 38 ou 40			
Nom et prénom	No de permis CMQ	Spécialité	Pratique du médecin
		****VEUILLEZ CHOISIR UNE S	<input type="radio"/> Exclusivement pédiatrique
Date de début demandée :	Installation principale de pratique (PEM)		<input type="radio"/> Principalement pédiatrique
	****VEUILLEZ CHOISIR UNE INSTALLATION *****		<input type="radio"/> Non applicable
Signature du médecin	Date de signature		

Vous devez indiquer l'installation où le médecin exerce sa pratique principale (est compté à un poste au plan d'effectif médical « PEM »), même si celle-ci n'est pas la même que l'installation pour laquelle vous déposez la demande.

Vous devez cocher la case correspondante pour indiquer si la pratique du médecin est principalement ou exclusivement auprès d'une clientèle pédiatrique afin de permettre la facturation de certains suppléments d'honoraires. Sinon, cochez la case non applicable.

La date de début demandée ne doit pas excéder 90 jours précédant la date de réception de la demande par le comité conjoint.

- Inscrivez les informations relatives au support ou au pool de service que vous souhaitez obtenir, le numéro de l'installation et le nom de l'installation ainsi que la raison de la demande de support ou de pool de service.

3 Renseignements sur la demande de support ou de pool de service		
Spécialité	Veillez décrire la raison et dans quelle installation :	
****VEUILLEZ CHOISIR UNE SPÉCIALITÉ****		
Date de début demandée :	Date de fin (si applicable) :	

Vous devez nous indiquer une date de début et de fin si applicable, ainsi qu'une description sommaire justifiant votre besoin.

- Inscrivez les informations du chef de département, service ou secteur d'activité concernant la demande

4 Signature du chef de l'unité clinique (Département, service ou secteur d'activité)		
Chef de département service ou secteur d'activité	Téléphone	Poste
Signature du chef de département service ou secteur d'activité	5 Commentaires supplémentaires relatifs à la demande si nécessaire	
Date de signature		

- Transmettez le formulaire aux adresses indiquées selon la demande : - Annexes 38 et 40 aux MSSS, FMSQ et RAMQ
- Pool et support MSSS et FMSQ uniquement

Le directeur des services professionnels, service ou secteur d'activité transmet aux adresses courrielles suivantes pour :		
→ Pool et support aux MSSS et FMSQ uniquement		
→ Annexes 38-40 aux MSSS, FMSQ et RAMQ		
MSSS msss-applicationspec@msss.gouv.qc.ca	FMSQ aff_professionnelles@fmsq.org	RAMQ statistiques@ramq.gouv.qc.ca
Direction générale adjointe des ententes de rémunération des professionnels de la santé	Direction des Affaires professionnelles	Direction de l'analyse et de la gestion de l'information