

**1 Renseignements sur l'établissement**

Établissement

Directeur des services professionnels

Courriel de la personne contact

Téléphone Poste

**2 Renseignements sur le médecin spécialiste voulant bénéficier de la tarification horaire en vertu de l'Annexe 15**

Nom et prénom

No de permis CMQ

Le médecin désire-t-il adhérer à la Lettre  
d'entente 31 :

Oui                    Non

Spécialité

Autorisation demandée pour :

Date de début

Date de fin (le cas échéant)

Installation concernant la demande

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 :

**3 Signature du directeur des services professionnels**

Directeur des services professionnels

Date de signature

Le directeur des services professionnels transmet aux deux adresses courriels suivantes :

<p>MSSS <a href="mailto:msss-applicationspec@msss.gouv.qc.ca">msss-applicationspec@msss.gouv.qc.ca</a></p> <p>Direction des ententes de rémunération médicale et pharmaceutique</p>	<p>FMSQ <a href="mailto:aff.professionnelles@fmsq.org">aff.professionnelles@fmsq.org</a></p> <p>Direction des Affaires professionnelles</p>
---	---

# GUIDE DE REMPLISSAGE

## 1. Inscrivez les informations relatives à l'établissement

1 Renseignements sur l'établissement		
Établissement		
*****VEUILLEZ CHOISIR UN ÉTABLISSEMENT*****		
Directeur des services professionnels	Courriel de la personne contact	Téléphone Poste
<input type="text"/>	@ <input type="text"/>	<input type="text"/>

## 2. Inscrivez les informations relatives au médecin, à l'installation et aux activités prévues

2 Renseignements sur le médecin spécialiste voulant bénéficier de la tarification horaire en vertu de l'Annexe 15		
Nom et prénom		No de permis CMQ
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Le médecin adhère-t-il à la Lettre d'entente 31 :	Spécialité	
<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	*****VEUILLEZ CHOISIR UNE SPÉCIALITÉ*****
Autorisation demandée pour :	Installation concernant la demande	
Date de début	Date de fin (le cas échéant)	*****VEUILLEZ CHOISIR UNE INSTALLATION *****
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 :		

## 3. Faites signer le formulaire par le directeur des services professionnels

3 Signature du directeur des services professionnels	
Directeur des services professionnels	Date de signature

## 4. Envoyez le formulaire complété aux adresses indiquées

Le directeur des services professionnels transmet aux deux adresses courriels suivantes :	
MSSS <a href="mailto:msss-applicationspec@msss.gouv.qc.ca">msss-applicationspec@msss.gouv.qc.ca</a> Direction des ententes de rémunération médicale et pharmaceutique 930, chemin Sainte-Foy, courrier 3C Québec (Québec) G1S 2L4	FMSQ <a href="mailto:aff.professionnelles@fmsq.org">aff.professionnelles@fmsq.org</a> Direction des Affaires professionnelles 2, Complexe Desjardins, porte 3000 C.P. 216, succ. Desjardins Montréal (Québec) H5B 1G8