

|  |
| --- |
| RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS DE COORDINATION ET D’ORGANISATION EN LIEN AVEC LA COVID-19  (Médecin impliqué dans la coordination d’activités médico-administratives COVID-19 et qui ne facturent pas d’heures médico-administratives habituellement en établissement ou au DRMG) |

**Vous devez d’abord être reconnu par le comité paritaire en vous assurant qu’une autorité médicale compétente fournisse les informations suivantes en faisant parvenir ce formulaire rempli à** [**facturationcovid19@fmoq.org**](mailto:facturationcovid19@fmoq.org)**.**

|  |  |
| --- | --- |
| Coordonnées du médecin | |
| Nom de famille |  |
| Prénom |  |
| N° du permis d’exercice |  |
| Courriel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Renseignements pertinents | |
| Région administrative |  |
| Nom de l’établissement |  |
| Date de début |  |
| Mandat |  |
| Autorité médicale compétente *(transmission du formulaire)* | **Pour les activités intra-établissements :**   * Nom du DSP/DSP-adjoint/Chef médical de département ou son adjoint/Chef médical de service sont requis.   **Pour les activités hors-établissements :**   * Nom du chef de DRMG sont requis. |

|  |  |
| --- | --- |
| Attestation de l’autorité médicale compétente*Si le formulaire est transmis au comité paritaire par le médecin lui-même, il doit joindre au courriel une lettre ou un courriel de l’autorité médicale compétente confirmant son mandat, sinon la demande ne sera pas traitée.* | |
| Nom de famille |  |
| Prénom |  |
| Titre |  |
| Coordonnées |  |