

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION  
AUX ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES  
OMNIPRATICIENS**

1<sup>er</sup> contrat  Modification  Adhésion sans engagement (+15 ans de pratique)

1. Identification du médecin					
Nom		Prénom		Numéro de pratique	
Adresse			Date d'adhésion souhaitée		
			ANNÉE	MOIS	JOUR
Téléphone (Résidence)		Téléphone (Bureau)	Courriel (Privilégiez votre adresse .med)		
<input type="checkbox"/> RLS de l'avis de conformité <input type="checkbox"/> CLSC Bellechasse (12114) <input type="checkbox"/> RLS de Beauce (1213) <input type="checkbox"/> Régional (1211), permis de pratique du CMQ depuis 20 ans et plus ( <i>Une validation du DRMG devra être faite auprès de la RAMQ</i> )		<input type="checkbox"/> CLSC Lotbinière (12111) <input type="checkbox"/> CLSC La Nouvelle-Beauce (12115) <input type="checkbox"/> RLS des Etchemins (1214)		<input type="checkbox"/> CLSC Les Chutes-de-la-Chaudière (12112) et Desjardins (12113) <input type="checkbox"/> RLS de la région de Thetford (1212) <input type="checkbox"/> RLS de Montmagny-L'Islet (1215)	

2. Identification de l'établissement			
Établissement principal			Numéro
<b>Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches</b>			94 4 1 4
Autre (s'il y a lieu)			Numéro

**IMPORTANT**

La demande d'adhésion ou de modification doit être approuvée par le chef de la table locale du RLS et l'adjoint(e) à la DMSP du RLS d'appartenance qui veillent à une répartition équitable des effectifs en fonction des besoins prioritaires.

Le médecin doit effectuer ses AMP dans le territoire pour lequel il détient un avis de conformité, à moins d'une entente convenue entre le chef de la table locale et l'adjoint(e) à la DMSP de son territoire ainsi de ceux du territoire où il souhaite faire ses AMP.

Veillez noter que les blocs d'AMP en établissement sont conditionnels à l'octroi de privilèges décernés par le Comité régional d'examen des titres, le comité exécutif du CMDPSF et le conseil d'administration de l'établissement. Des privilèges en établissement peuvent également être octroyés sans AMP.

Pour toutes questions en lien avec les AMP disponibles, contacter d'abord votre adjoint(e) à la DMSP

3. Modalité de participation pour les médecins de moins de 15 ans de pratique (description des AMP)			
Lieu de dispensation		Numéro de la RAMQ	Nombre d'heures semaine***
Type d'activité*	Secteur**	Activité rémunérée <input type="checkbox"/> Honoraire <input type="checkbox"/> Vacation <input type="checkbox"/> Acte	
Lieu de dispensation		Numéro de la RAMQ	Nombre d'heures semaine***
Type d'activité*	Secteur**	Activité rémunérée <input type="checkbox"/> Honoraire <input type="checkbox"/> Vacation <input type="checkbox"/> Acte	
Lieu de dispensation		Numéro de la RAMQ	Nombre d'heures semaine***
Type d'activité*	Secteur**	Activité rémunérée <input type="checkbox"/> Honoraire <input type="checkbox"/> Vacation <input type="checkbox"/> Acte	

\* Pour la prise en charge (PEC), un minimum de 50 % des patients inscrits doit provenir du guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)

\*\* Secteur : Voir l'article 4.1 de l'entente particulière pour indiquer le secteur auquel appartient le type d'activité (Annexe I du présent formulaire).

\*\*\* Si votre volume d'AMP n'est pas quantifié par un nombre d'heures, veuillez utiliser « l'unité de mesure » appropriée (ex. : nombre de quart de garde, de lits, de patients, de visites, etc.).

4. Signature (signature électronique acceptée)			
J'ai pris connaissance de l'Entente particulière relative aux activités médicales particulières à l'article 4.8 : « L'adhésion d'un médecin à la présente entente implique que la Régie de l'assurance maladie, conformément aux articles 6 et 7 des présentes, transmet les données pertinentes à l'application de la présente concernant sa rémunération et ses années de pratique au Centre intégré de santé et de services sociaux concernée et au comité paritaire prévu au paragraphe 7.3 des présentes ».			
Médecin (en lettres majuscules)		Signature	Date
			ANNÉE MOIS JOUR

**RAPPEL**

- Depuis le PREM 2024, les médecins peuvent maintenant choisir leurs AMP au moment de la signature de leur avis de conformité au PREM. L'adhésion est possible dès le premier jour de pratique.
- L'adhésion doit être effectuée avant la fin du 1er trimestre complet suivant le début de pratique ;
- Vous devez faire votre choix d'AMP parmi celles disponibles dans votre RLS d'appartenance, à moins d'une entente avec votre chef de table locale et l'adjoint(e) à la DMSP ;
- Certaines AMP sont offertes de façon limitée ;
- Les AMP mixtes incluant la prise en charge sont privilégiées par le comité de direction du DTMF ;
- L'AMP prise en charge ne peut être pondérée (donc 1 : 1), et qu'elle peut être effectuée intra ou hors établissement. Consulter la liste des cliniques médicales souhaitant recruter de nouveaux médecins dans la région 12.

**Veillez retourner le formulaire dûment rempli à l'adresse courriel de l'adjoint(e) DMSP de votre RLS**

SECTION RÉSERVÉE À LA DIRECTION MÉDICALE ET DES SERVICES PROFESSIONNELS (DMSP)

**Signatures**

Chef(fe) de service (en lettres majuscules)	<i>J'atteste le besoin des AMP demandées</i>	Date ANNÉE    MOIS    JOUR
Adjoint(e) à la DMSP (en lettres majuscules)	<i>J'atteste l'exactitude des activités et des heures déclarées</i>	Date ANNÉE    MOIS    JOUR

SECTION RÉSERVÉE AU DÉPARTEMENT TERRITORIAL DE MÉDECINE FAMILIALE (DTMF)  
**AVIS DE CONFIRMATION D'ADHÉSION**

**Adhésion acceptée**

Date de réception de la demande d'adhésion	ANNÉE	MOIS	JOUR	Date de la réponse du DTMF	ANNÉE	MOIS	JOUR	Date de Début/Modif. d'adhésion	ANNÉE	MOIS	JOUR
--	-------	------	------	----------------------------	-------	------	------	---------------------------------	-------	------	------

**Refus d'adhésion**

Date de réception De la demande d'adhésion	ANNÉE	MOIS	JOUR	Date de la réponse du DTMF	ANNÉE	MOIS	JOUR
Commentaires							

**Signature**

Chef(fe) du département territorial de médecine familiale (en lettres majuscules)	Signature	Date ANNÉE    MOIS    JOUR
---	-----------	-------------------------------

**ANNEXE I — Calcul des équivalences du volume d'activité minimum**

Notes : Les équivalences sont calculées selon les modalités contenues dans l'Infolettre no 004 du 6 avril 2017 et l'Infolettre no 350 du 12 mars 2020. Advenant une modification à l'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (EP51), le calcul des équivalences convenues entre la FMOQ et le MSSS aura toujours préséance.

Type d'activité	Secteur	Volume équivalent à une AMP complète (12 h)
<b>Urgence</b>	I	16 quarts de garde de 8 heures par trimestre.
<b>Inscription et suivi de clientèle</b>	II	Le médecin doit avoir au minimum 500 patients inscrits (dont 50% provenant du GAMF), vulnérables et non vulnérables, incluant le suivi de grossesse si ce sont des AMP en prise en charge seulement. Pour les AMP mixtes: le médecin qui a 6h d'AMP doit avoir un minimum de 250 patients inscrits (dont 50% en provenance du GAMF). Pour 9h d'AMP, le médecin doit avoir un minimum de 375 patients inscrits dont (dont 50% en provenance du GAMF).
<b>Courte durée incluant la garde en disponibilité</b>	III	4 lits/jour, 44 semaines/an OU 18 lits/jour, 1 semaine sur 5
<b>Soins physiques en psychiatrie incluant la garde en disponibilité</b>	III	Une (1) journée de présence par semaine (minimum 6 h de présence)
<b>Obstétrique incluant la garde en disponibilité</b>	IV	Le médecin doit procéder à au moins 15 accouchements par trimestre.
<b>Soins palliatifs incluant la garde en disponibilité</b>	V	10 lits par semaine
<b>Centre d'hébergement de soins de longue durée incluant la garde en disponibilité</b>	V	Nombre d'heures à tarif horaire OU 50 lits par semaine
<b>Soutien à domicile (SAD)</b>	V	10 visites SAD/semaine x 44 semaines/an
<b>RPA de niveau 3 et 4</b> <b>Ressources intermédiaires (RI)</b> <b>Incluant une garde en disponibilité</b>	V	50 lits par semaine pour les RI ou RPA de niveaux 3 et 4 (AMP reconnue par le DTMF de Chaudière-Appalaches)
<b>Unité de réadaptation incluant la garde en disponibilité</b>	V	20 lits par semaine