

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

1^{er} contrat

Modification

Renouvellement

IDENTIFICATION DU MÉDECIN	
Nom	Prénom
No Permis	
Adresse de correspondance	
Téléphone	
Télécopieur	
Code postal	
Courriel	
Facturant depuis	Année : _____
Retour d'une autre région	<input type="checkbox"/>
Retour en pratique	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/> _____
DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE DANS LANAUDIÈRE	

Veuillez indiquer votre pratique actuelle :	
▪ Clinique privée	<input type="checkbox"/> Laquelle : _____
▪ GMF	<input type="checkbox"/> Lequel : _____
▪ Établissement	<input type="checkbox"/> Lequel : _____
▪ CLSC	<input type="checkbox"/> Lequel : _____
▪ Autres	<input type="checkbox"/> Précisez : _____

IDENTIFICATION DE L'AGENCE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	
Agence principale	Autre agence (s'il y a lieu)

ENGAGEMENT – ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)						
TYPE D'ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES		HEURES RÉELLES/SEM/ OU NBRE DE PATIENTS	OU	ÉQUIVALENCES SELON CRITÈRES (voir verso)	LIEU DE DISPENSATION – ÉTABLISSEMENT	RÉSERVÉ À L'USAGE DU DRMG
1. URGENCE	<input type="checkbox"/>	_____		_____	_____	
- DÉPANNAGE	<input type="checkbox"/>	_____		_____	_____	
2. SOINS DE COURTE DURÉE (hospitalisation et soins intensifs) (Nbre de patients/jour et fréquence de la garde) Mode de rémunération (encercler)	<input type="checkbox"/>	_____		_____	_____	
		TH / Acte /Forfait				
3. SERVICES MÉDICAUX (avec garde en disponibilité)	<input type="checkbox"/>	_____		_____	_____	
- CHSLD (Nbre de patients et fréquence de la garde) Mode de rémunération (encercler)	<input type="checkbox"/>	_____		_____	_____	
		TH / Acte /Forfait				
- RÉADAPTATION (Nbre de patients)	<input type="checkbox"/>	_____		_____	_____	
- SOINS À DOMICILE D'UN CLSC (Indiquez nbre de patients)	<input type="checkbox"/>	_____		_____	_____	
4. OBSTÉTRIQUE (Nbre d'accouchements/an)	<input type="checkbox"/>	_____		N/A	_____	
5. CLIENTÈLES VULNÉRABLES (Veuillez détailler)	<input type="checkbox"/>	_____		_____	_____	
6. ACTIVITÉS PRIORITAIRES Précisez _____		_____		_____	_____	
		_____		_____	_____	
		_____		_____	_____	

Remarques : _____

Chaque médecin est tenu d'aviser le DRMG de toute modification de ses activités médicales particulières.

SIGNATURE			
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 à l'agence de santé et des services sociaux concernée et au comité paritaire prévu au paragraphe 7.3 des présentes ».			
Médecin (en lettres majuscules)	Signature	Date	
		ANNÉE	MOIS
			JOUR

RÉSERVÉ À L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
AVIS DE CONFIRMATION D'ADHÉSION

Adhésion acceptée

Date de la demande d'adhésion	ANNÉE	MOIS	JOUR	Date de la réponse de l'agence	ANNÉE	MOIS	JOUR	Date de début d'adhésion	ANNÉE	MOIS	JOUR
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Refus d'adhésion

Date de la demande d'adhésion	ANNÉE	MOIS	JOUR	Date de la réponse de l'agence	ANNÉE	MOIS	JOUR
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fin d'adhésion

Date de fin d'adhésion	ANNÉE	MOIS	JOUR	Raison
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

Signature

Chef du département régional de médecine générale (en lettres majuscules)	Signature	Date
		ANNÉE MOIS JOUR

SECTEUR D'ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES ET PRIORISATION

Équivalence pour compléter 12 heures/semaine de travail

Secteur i

Urgence

- Seize (16) quarts de huit (8) heures de travail par trimestre (heures supplémentaires non incluses).

Dépannage

- Heures travaillées – Temps de déplacement comptabilisé.

Secteur ii

Patients admis en soins de courte durée – Hospitalisation

➤ **Soins de courte durée :**

- Pratique en solo : le médecin doit être responsable sur une base de quarante-quatre (44) semaines par année, en moyenne de quatre (4) lits de courte durée chaque jour.
- Pratique en équipe : sur la base de quinze (15) lits par jour, une (1) semaine d'hospitalisation sur cinq (5) incluant la garde en disponibilité.

➤ **Soins intensifs :**

- Solo : exigences diminuées de moitié.
Ex. : 7,5 lits/jour = 12 heures, 1 semaine sur 5 incluant la garde.

Secteur iii

Soins dispensés à un patient là où il y a une garde en disponibilité en centre d'hébergement de soins de longue durée ou en centre de réadaptation

- Selon le nombre d'heures lorsque le médecin est rémunéré sur une base horaire.
- S'il est rémunéré à l'acte, il assume la responsabilité des soins à quarante-cinq (45) patients en moyenne sur une base hebdomadaire pour quarante-quatre (44) semaines par année.

Programme de soutien à domicile d'un CLSC

- Dix (10) visites à domicile par semaine sur une base de quarante-quatre (44) semaines par année auprès de bénéficiaires faisant partie du programme de soutien à domicile du CLSC.

Secteur ii et iii

Garde en disponibilité

- La garde en disponibilité n'est reconnue que les semaines où elle est rémunérée. Chaque forfait versé pour une garde de huit (8) heures est comptabilisé à une heure et quarante-cinq minutes (1,75 heure).

Secteur iv

Obstétrique

- Nomination avec privilèges en obstétrique.

Le médecin ne peut se voir reconnaître des AMP dans les secteurs v et vi d'un DRMG d'une Agence autre que celle visée au sous-paragraphe 3.2.1 de l'entente particulière sur les AMP lorsque cette dernière peut lui en attribuer dans les secteurs d'activités i à iv. Ces activités doivent être présentées au DRMG pour approbation.

Secteur v

Clientèles vulnérables sans médecin de famille

- Clientèles vulnérables sans médecin de famille : 26 patients/an = 6 heures/semaine AMP
- Clientèles vulnérables sans médecin de famille : 13 patients/an = 3 heures/semaine AMP
- Clientèles vulnérables sans médecin de famille santé mentale : 13 patients/an = 6 heures/semaine AMP
- Clientèles vulnérables sans médecin de famille santé mentale : 7 patients/an = 3 heures/semaine AMP

Secteur vi

Activités prioritaires (voir avec le DRMG de Lanaudière)

Source : Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP)