

DEMANDE D'ADHÉSION À L'ENTENTE RELATIVE
AUX ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES
OMNIPRATICIENS

1^{er} contrat Modification Changement de région Résident

A. IDENTIFICATION DU MEDECIN

NOM		PRENOM		NUMERO DE PRATIQUE		
				1		
ÉTABLISSEMENT :						
ADRESSE :						
VILLE :					CODE POSTAL :	
TÉL. RÉG. :		BUR :		Cell. :		PAG. :

B. IDENTIFICATION DE L'AGENCE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

Agence principale	Numéro		
AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE	94	0	5 9
Autre agence régionale (s'il y a lieu)	Numéro		
	94		9

C. SIGNATURE DU MEDECIN

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 la régie régionale concernée et au comité paritaire prévu au paragraphe 7.3 des présentes ».

MEDECIN (EN LETTRES MAJUSCULES)	SIGNATURE	JOUR	MOIS	ANNÉE

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

D. ADHESION ACCEPTEE

Date de la demande d'adhésion	JOUR	MOIS	ANNÉE	Date de la réponse de l'agence	JOUR	MOIS	ANNÉE	Date de début d'adhésion	JOUR	MOIS	ANNÉE

E. ADHESION REFUSEE

Date de la demande d'adhésion	JOUR	MOIS	ANNÉE	Date de la réponse de l'agence	JOUR	MOIS	ANNÉE

F. SIGNATURE

CHEF DU DRMG	SIGNATURE	JOUR	MOIS	ANNÉE
RAYMONDE VAILLANCOURT				

G. ACTIVITES DES GROUPES 1 A 4	LIEU DE DISPENSATION	NOMBRE D'HRES/SEMAINE	NOMBRE DE SEMAINES
		(inscrire seulement le nombre d'heures requis d'AMP)	TRAVAILLÉES PAR ANNÉE
① URGENCE			
② CH DE SOINS DE COURTE DUREE (Hospitalisation)			
③ CH SOINS LONGUE DUREE AVEC GARDE (public ou privé conventionné: Shermont, Maison Blanche North-Hatley, Gîte du Bel-Âge (ressource Interne))			
▪ Centre de réadaptation Estrie (URFI SOINS AVEC GARDE)			
▪ Soins à domicile (CLSC AVEC GARDE)			
④ OBSTETRIQUE			

DE FAÇON EXCEPTIONNELLE, VOTRE PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS DES GROUPES 5 ET 6 POURRAIENT ÊTRE RECONNUES APRÈS ENTENTE AVEC LE DRMG ET SOUS RÉSERVE DE L'APPROBATION DU MINISTRE

H. ACTIVITES DU GROUPE 6 (liste provisoire à être validée)	LIEU DE DISPENSATION	NOMBRE D'HRES/SEMAINE	NOMBRE SEMAINES/AN
SANTÉ PUBLIQUE			
▪ Maladies infectieuses			
▪ Santé environnementale			
▪ Santé au travail			
CENTRE DE DÉTENTION			
CENTRE JEUNESSE DE L'ESTRIE (Hébergement Val-du-Lac)			
REGROUPEMENT CNDE-DIXVILLE (Hébergement en déficience intellectuelle)			
CENTRE DE DESINTOXICATION (Hébergement Centre J-P Chiasson et Maison St-Georges)			
INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)			
ENSEIGNEMENT (UMF)			
URGENCE MINEURE DE WINDSOR			
CLINIQUE JEUNESSE (inclus suivi clientèle ext. Centre jeunesse)			
SANTE MENTALE (PROGRAMME)			
CENTRE DE RÉADAPTATION ESTRIE			
▪ Amputés			
▪ ACV encéphalo			
▪ Dégénératif			
▪ Neurotrauma (TTC)			
RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX SRV			
▪ MRC HAUT-ST-FRANÇOIS			
▪ MRC MEMPHRÉMAGOG			
▪ MRC SHERBROOKE			
GARDE VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE			

I. ACTIVITES DU GROUPE 5 (liste provisoire à être validée)	LIEU DE DISPENSATION	NOMBRE DE PATIENTS	NOMBRE DE SEMAINES TRAVAILLÉES PAR ANNÉE
CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES			
▪ Localités (ex. : La Patrie, Valcourt, etc.)			
▪ Suivi de clientèles vulnérables			
▪ Clientèles spécifiques (ex. : hôpital de jour, foyers privés)			
▪ Autres : (spécifiez)			

J. CONFIRMATION AUX ACTIVITES DES GROUPES 1 A 4 ET 6			
Chef de médecine ou Directeur des services professionnels	EN LETTRES MAJUSCULES	SIGNATURE	Jour Mois Année