

ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

Trousse d'information à l'intention des médecins omnipraticiens

Par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier
universitaire de Sherbrooke
Département régional de médecine générale de l'Estrie

1^{ER} MAI 2022



Remerciements à l'équipe du Département régional de médecine générale de Laval

Document rédigé par

Docteure Pauline Couture, médecin-conseil

Mise en page

Sylvie Morin, agente administrative

Josée Riopel, agente administrative

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source. Veuillez communiquer avec le DRMG de Laval avant l'utilisation par courriel à drmг.cissslaval@ssss.gouv.qc.ca

Ce document a été adapté pour le Département régional de médecine générale de l'Estrie par

Mme Marie-Josée Croteau, agente de planification, de programmation et de recherche

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie–Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

500, rue Murray

Sherbrooke (Québec) QC J1G 2K6

☎ 819 346-1110, poste 27887

✉ drmgestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

🌐 www.santeestrie.qc.ca

Document disponible en ligne <https://www.santeestrie.qc.ca/carrieres/medecins/>

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul et unique but d'alléger le texte et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

PRÉAMBULE

Tout médecin omnipraticien doit s'engager à effectuer une partie de sa pratique dans des activités médicales particulières (AMP) s'il désire adhérer à une entente conclue en vertu du cinquième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie¹ et s'assurer d'une rémunération sans pénalité. Les AMP sont des activités considérées prioritaires par le législateur. L'entente particulière qui s'y rattache découle d'une disposition de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et en détermine les modalités d'application.

Les AMP s'adressent ainsi à tout médecin omnipraticien qui exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie. Tous sont donc visés par celles-ci et devraient, en principe, y adhérer en signant le formulaire prévu à cet effet. À défaut d'y adhérer ou de respecter l'engagement qu'il a signé, le médecin peut être assujéti à une réduction de sa rémunération dans le cadre de certaines activités professionnelles.

Plus précisément, tout médecin omnipraticien cumulant moins de 15 ans de pratique doit effectuer 132 heures d'AMP par trimestre, soit l'équivalent de 12 heures par semaine. Après plus de 15 ans de pratique, aucune exigence n'est demandée, à moins d'une décision exceptionnelle du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie-CHUS par l'intermédiaire de son Département régional de médecine générale (DRMG). Les activités faites par le médecin sont reconnues d'emblée comme des AMP. Cependant, le médecin doit quand même remplir une demande d'adhésion et aviser le DRMG de ses changements de pratique.

Il est également possible pour un médecin d'effectuer en tout ou en partie ses AMP ailleurs que dans la région où il détient son avis de conformité au Plan régional d'effectifs médicaux (PREM). Dans un tel cas, il revient au DRMG de la région où le médecin détient son avis de conformité au PREM et fait la majorité de sa rémunération d'assurer l'administration du dossier du médecin.

Pour plus d'information, il est possible de consulter l'Entente particulière (EP) ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP) (EP-AMP [no 51]) en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur le site Internet de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) - www.fmoq.org. Cette entente remplace l'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP) (EP-AMP [no 16]).

Tous les renseignements relatifs aux AMP ainsi qu'une description détaillée de la procédure à suivre pour effectuer une demande d'adhésion ou de modification aux AMP pour la région de l'Estrie sont présentés dans ce document. Le formulaire nécessaire pour transmettre une demande est joint à l'annexe 1.

Vous trouverez dans les pages qui suivent, le schéma de la démarche que nous vous proposons. Chacune des étapes est ensuite davantage élaborée. Également intégrés au document, vous trouverez des liens vers des sites internet d'intérêt que nous vous suggérons de consulter.

Pour toute information additionnelle relative aux AMP dans la région de l'Estrie, n'hésitez pas à communiquer avec la personne suivante :

Madame Jessica Evans

☎ 819 346-1110, poste 27887

✉ drmgestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

¹ Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1999, c.89, a. 42.

IMPORTANT

- Pour les médecins détenant un permis de pratique depuis moins d'un an : l'engagement de prise en charge de 500 patients selon la nouvelle nomenclature des actes (tarification bonifiée), en vigueur depuis l'été 2016, est **indépendant de l'engagement pour les AMP**.

Vous devez signer une demande pour les AMP et vous devez aussi produire une lettre d'intention pour obtenir la tarification bonifiée. Cependant, si vous décidez d'avoir des AMP de prise en charge, les mêmes patients peuvent servir de base au calcul des deux entités.

- *Pour le texte intégral de la nouvelle nomenclature applicable en cabinet, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC, vous pouvez consulter le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) : www.ramq.gouv.qc.ca*
- Plusieurs nouvelles modalités appliquent la règle de 500 patients, mais les calculs y sont différents :
 - 500 patients équivalents à douze heures AMP en prise en charge s'appliquent à partir de la date d'adhésion aux AMP, à raison de 125 patients par trimestre ;
 - 500 patients pour avoir accès à la nouvelle nomenclature des actes s'appliquent à partir de la date d'obtention du permis de pratique, 500 patients sur un an, mais le nombre de patients inscrits est calculé le dernier jour du quatrième trimestre (Infolettre 057 et Amendement n° 160).

TABLE DES MATIÈRES

LEXIQUE.....	V
QU'EST-CE QU'UNE AMP?.....	1
ÉTAPES DU PROCESSUS D'ADHÉSION AUX AMP.....	2
DEMANDE DE MODIFICATION DES AMP.....	4
EXEMPTION	5
GESTION DES AMP	6
RESPECT DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AUX AMP.....	7
CATÉGORIES D'AMP ET ÉQUIVALENCES.....	7
AMP RECONNUES PAR LE MSSS DE CATÉGORIE VI	9
INTERVENANTS	10
ANNEXE I	12

LEXIQUE

AMP	Activités médicales particulières
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Directeur des services professionnels
GMF	Groupe de médecine de famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Nouveau facturant	Tout médecin pratiquant au Québec et n'ayant pas 200 jours de pratique reconnus RAMQ
PEM	Plan d'effectifs médicaux des établissements
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PROS	Plan régional d'organisation de services
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
UMF	Unité de médecine familiale

QU'EST-CE QU'UNE AMP?

Les AMP servent à orienter les médecins, au plan régional, vers les secteurs d'activités médicales qu'il convient d'abord de combler pour satisfaire les besoins de la population. Le Département régional de médecine générale (DRMG) et le Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie-CHUS sont responsables de la gestion et du suivi des AMP.

Les AMP sont régies par un contrat de deux ans par lequel le médecin s'engage à exercer une activité déterminée auprès d'un établissement ou en prise en charge, pour un minimum de 44 semaines par année. Le nombre d'heures consacrées à celle-ci varie selon le nombre d'années de pratique reconnu par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). À cette fin, chaque médecin peut vérifier, auprès de la RAMQ, le nombre d'années qui lui est reconnu. Ce calcul se fait selon une entente déjà négociée entre le MSSS et la FMOQ.

Pour connaître le nombre d'années qui lui est reconnu, le médecin peut communiquer avec la RAMQ aux numéros suivants, réservés aux professionnels :

Région de Montréal : 514 873-3480
Sans frais pour les autres régions : 1 800 463-4776

Il est à préciser que, au-delà de six semaines de vacances par année, l'année de pratique du médecin ne peut compter pour une année complète. À titre d'exemple, un médecin ayant commencé sa pratique en 1999 peut n'avoir cumulé que treize années de pratique reconnues par la RAMQ en 2014.

Bien qu'il soit également possible d'effectuer un surplus d'heures dans des activités considérées comme des AMP, il est recommandé aux médecins de ne pas s'engager dans un contrat excédant plus de douze heures par semaine, puisque la durée du contrat est de deux ans et ne peut être modifiée avant ce terme, à moins d'une autorisation spéciale délivrée par le DRMG. Ainsi, chaque modification des heures d'AMP en cours de contrat doit faire l'objet d'une demande particulière auprès du DRMG de la région d'origine.

Par ailleurs, le médecin résident qui détient un permis d'exercice régulier ou restrictif de résident peut être autorisé à effectuer des activités médicales dans une région sans détenir d'avis de conformité au PREM. Les activités médicales autorisées doivent faire partie des AMP proposées par le DRMG de la région. Le médecin résident ainsi autorisé à exercer dans la région sans détenir d'avis de conformité au PREM n'a pas à adhérer à l'EP-AMP durant la période visée par cette autorisation. Il est réputé respecter les conditions prévues à l'article 3.0 de l'EP-AMP.

ÉTAPES DU PROCESSUS D'ADHÉSION AUX AMP

Le médecin qui commence sa pratique ou celui qui s'installe dans une nouvelle région doit communiquer avec le DRMG de la région où il détient son avis de conformité au PREM afin de s'inscrire aux AMP. **Le médecin dispose d'un trimestre complet pour entreprendre et finaliser sa démarche d'adhésion, en suivant les étapes énumérées ci-dessous. La demande doit parvenir au DRMG au plus tard deux semaines avant la fin du trimestre complet aux fins d'inscription à la RAMQ. À défaut d'adhérer dans les délais prescrits, la rémunération peut subir une réduction de 30 %.**

Les trimestres reconnus pour les AMP sont :

- 1^{er} trimestre : décembre, janvier, février;
- 2^e trimestre : mars, avril, mai;
- 3^e trimestre : juin, juillet, août;
- 4^e trimestre : septembre, octobre, novembre.

L'objet de ce processus est de définir les étapes à suivre par les médecins quant à l'application de l'EP-AMP dans la région de l'Estrie.

1. Le médecin communique avec le DRMG de l'Estrie pour obtenir une trousse d'information au sujet des AMP.
2. Si le médecin souhaite procéder à une demande d'adhésion pour des AMP exclusives en prise en charge, il communique avec le DRMG et les personnes responsables des GMF ou des cliniques médicales de son choix pour valider les besoins en prise en charge. La liste des GMF est disponible sur notre site www.santeestrie.qc.ca
3. Si le médecin souhaite procéder à une demande pour des AMP en établissement, il doit communiquer avec les personnes responsables de l'établissement pour valider la disponibilité des AMP.
4. Si des AMP sont disponibles, il doit remplir le formulaire de demande d'adhésion aux activités médicales particulières pour la région de l'Estrie – omnipraticiens (Annexe 1) et soumettre sa demande au DRMG, à l'adresse suivante :

Département régional de médecine générale de l'Estrie
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie -
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Édifice Murray
500, rue Murray
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6

ou par courriel au drmgestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

5. Le processus d'acceptation s'effectue dans un délai habituel d'un mois. Si la demande est acceptée, le DRMG fait parvenir le formulaire de demande d'adhésion approuvé au médecin.
6. **Lorsque le médecin commence ses activités, le DRMG procède à son inscription à la RAMQ et lui transmet la confirmation. Il est important que le médecin avise le DRMG de la date du début de ses activités.**

IMPORTANT

- L'adhésion à l'EP-AMP doit être effectuée à l'intérieur du premier trimestre complet qui suit le début de pratique. Le médecin doit respecter son engagement dès le trimestre suivant.
- Les activités effectuées à titre d'AMP doivent répondre aux exigences en vigueur – secteur d'activité prioritaire, volume de pratique applicable.
- La durée de l'engagement est de deux ans. Elle débute au trimestre suivant la date de la confirmation de l'adhésion par le DRMG et se renouvelle automatiquement, tel qu'il est stipulé dans l'EP-AMP, à moins d'avis contraire de la part du médecin.

DEMANDE DE MODIFICATION DES AMP

Le médecin désirant modifier ses AMP doit effectuer, par écrit, une demande de modification de ses AMP avec un argumentaire justifiant sa requête, remplir le formulaire de demande d'adhésion/modification aux AMP (Annexe 1) et l'envoyer à l'adresse suivante :

Département régional de médecine générale de l'Estrie
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie -
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Édifice Murray
500, rue Murray
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6

ou par courriel au drmgestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Le DRMG s'assurera d'obtenir, auprès des personnes concernées (chef de service, du DSPa et du représentant de la table locale du DRMG) la confirmation que la modification des AMP n'occasionnera pas de rupture de service et que le changement répondra aux besoins du milieu.

Si la demande est acceptée, celle-ci entre en vigueur :

- À la date du renouvellement de l'adhésion du médecin aux AMP à la RAMQ pour les médecins dont la date d'adhésion est inférieure à 2 ans.
- À la date de la signature des nouvelles AMP pour les médecins dont la date d'adhésion est supérieure à 2 ans.

EXEMPTION

Les situations donnant lieu à une exemption sont les suivantes :

Congé de maternité ou d'adoption

Un an d'exemption incluant la date d'accouchement ou le jour de la prise en charge effective de l'enfant dans le cas d'une adoption.

Congé d'invalidité en cas d'incapacité physique ou mentale grave

Six mois d'exemption, période renouvelable en formulant une nouvelle demande un mois avant l'échéance de l'exemption.

Pour adresser une demande d'exemption, le médecin doit faire parvenir une lettre précisant le motif de sa demande, la date visée du début de l'exemption ainsi qu'un certificat attestant son état de santé (certificat de grossesse, de naissance ou d'invalidité) à l'adresse suivante :

Département régional de médecine générale de l'Estrie
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie -
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Édifice Murray
500, rue Murray
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6

ou par courriel : drmgestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Il est à noter que, au cours de la période d'exemption, le médecin ne perd pas le bénéfice du cumul des années de pratique.

GESTION DES AMP

AMP effectuées dans la région de l'avis de conformité au PREM

Le DRMG qui a délivré l'avis de conformité au PREM détient la responsabilité de la gestion des AMP.

AMP effectuées dans une autre région que celle où le médecin détient son avis de conformité au PREM

Lorsque le médecin, pour se qualifier, effectue ses AMP en tout ou en partie dans une autre région que sa région d'appartenance, l'administration du dossier de ce médecin est confiée au DRMG auprès duquel il détient son avis de conformité au PREM.

AMP effectuées dans le cadre du mécanisme de dépannage

Le comité paritaire sur le dépannage gère le dossier.

AMP effectuées dans le cadre d'une instance à vocation nationale

Elles sont gérées par le comité paritaire MSSS-FMOQ pour le Programme d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

RESPECT DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AUX AMP

Tout médecin omnipraticien qui effectue des AMP doit s'engager à respecter les exigences de base, comme il est stipulé dans l'EP-AMP. Selon la LSSSS, le DRMG a le mandat de veiller au respect des exigences de base concernant les AMP effectuées au sein de sa région.

Le non-respect de l'EP-AMP peut entraîner une réduction de l'ordre de 30 %, applicable sur l'ensemble de la rémunération provenant de toute activité exercée dans le cadre du régime public d'assurance maladie sauf la rémunération versée pour les services médicoadministratifs visés par la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles* et par la *Loi sur les accidents de travail*. Elle exclut également les sommes versées pour l'assurance responsabilité professionnelle. Signalons que la réduction s'applique, le cas échéant, sur une base trimestrielle.

CATÉGORIES D'AMP ET ÉQUIVALENCES

Les AMP sont classifiées en trois blocs, lesquels correspondent à des niveaux de priorités. En principe, le DRMG doit *a priori* s'assurer de combler suffisamment les besoins du 1^{er} bloc, soit les salles d'urgence de sa région, avant d'accorder des activités comprises dans le 2^e ou le 3^e bloc.

1^{ER} BLOC

Catégorie I la prestation de services médicaux dispensés dans un service d'urgence;

2^E BLOC

Catégorie II La prestation, en première ligne, de services médicaux **d'inscription et de suivi de clientèle**;

Catégorie III La dispensation de soins aux usagers admis en **soins de courte durée** d'un établissement qui exploite un centre hospitalier;

Catégorie IV La dispensation, dans le service **d'obstétrique** d'un centre exploité par un établissement, de services médicaux en obstétrique;

Catégorie V La dispensation de services médicaux impliquant **une garde en disponibilité**, dans un CHSLD, un centre de réadaptation ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un CLSC;

3E BLOC

Catégorie VI Toute autre **activité prioritaire identifiée par le DRMG** et approuvée par le ministre dans la mesure et aux conditions fixées par ce dernier (voir article 4.1.3 de l'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières [AMP]).

Calcul des équivalences – Guide d'évaluation du volume d'activités

Note : Les équivalences sont calculées selon les modalités contenues dans l'Infolettre n° 115 du 31 août 2015 et modifiées par l'Infolettre n° 004 du 6 avril 2017.

Première ligne – Services médicaux d'inscription et de suivi de clientèles

- Le médecin doit avoir au minimum 500 patients inscrits, vulnérables et non vulnérables, incluant le suivi de grossesse. *Atteinte à l'intérieur d'une année à raison de 125 patients par trimestre.*

Urgence

- Le médecin doit effectuer au minimum 16 quarts de garde de 8 heures par trimestre.

Courte durée incluant la garde en disponibilité

- 4 lits/jour x 44 semaines/an; ou
- 18 lits/jour x 1 semaine sur 5.

Centre d'hébergement de soins de longue durée incluant la garde en disponibilité

- Nombre d'heures tarif horaire; ou
- 50 lits par semaine.

Soins palliatifs incluant la garde en disponibilité

- Le médecin doit être responsable des soins, sur une base hebdomadaire, de 10 lits en soins palliatifs.

Soins à domicile (SAD)

- 10 visites SAD/semaine x 44 semaines/an. Patients inscrits au programme du CLSC.

Obstétrique incluant la garde en disponibilité

- Le médecin doit procéder à au moins 15 accouchements par trimestre.

Services médicaux dispensés dans le cadre d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) incluant la garde en disponibilité

- Le médecin doit être responsable des soins, sur une base hebdomadaire, de 20 lits.

Garde en disponibilité uniquement

- Pour chaque 8 heures de disponibilité, 1,75 heure sera créditée.

Dépannage

- Seul le temps réel des services cliniques est considéré pour l'évaluation des activités de dépannage. **Le temps de déplacement n'est plus considéré.**

AMP RECONNUES PAR LE MSSS DE CATÉGORIE VI

- Services médicaux en centre de détention (équivalent heures);
- Services médicaux auprès de la clientèle hébergée en centre jeunesse (équivalent heures);
- Services médicaux ne nécessitant aucune garde auprès de la clientèle hébergée en centre de réadaptation (nombre d'heures sur une base horaire ou à l'acte à 45 patients en moyenne par semaine);
- Services médicaux auprès de la clientèle autochtone de certaines réserves indiennes (après entente avec le comité paritaire MSSS-FMOQ);
- Interventions médicales en centre de crise en santé mentale et services médicaux auprès d'une clientèle ayant des troubles mentaux graves et persistants dans le cadre d'un programme de santé mentale d'un CLSC (équivalent heures);
- Interruption volontaire de grossesse (programme régional reconnu, six heures);
- Services médicaux cliniques de désintoxication dispensés dans le cadre d'un programme en toxicomanie sous la responsabilité d'un établissement (équivalent heures);
- Services médicaux d'enquête, d'intervention et de garde en maladies infectieuses dans le cadre de la santé publique (blocs de douze heures par région);
- Services médicaux d'enquête, d'intervention et de garde en santé environnementale (équivalent heures);
- Services médicaux d'enquête, d'intervention et de garde en santé et sécurité au travail, ainsi que les services cliniques requis par un programme jugé prioritaire par le ministère du Travail (équivalent heures);
- Services médicaux requis dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein d'une direction de santé publique (douze heures par région);
- Certaines activités d'enseignement dans le cadre d'une unité de médecine familiale (UMF) affiliée à une université et sous la responsabilité d'un établissement (douze heures par UMF et douze heures additionnelles par UMF qui a plus de quinze résidents par période).

INTERVENANTS

DRMG

Le DRMG est l'entité responsable de proposer et de mettre en œuvre la liste des AMP qu'il rend disponibles dans son territoire. Il gère les dossiers professionnels de chaque médecin adhérent à l'EP-AMP au sein de son territoire. Dans cette mesure, le DRMG s'assure du respect des procédures d'adhésion et du respect de l'engagement de chacun des médecins, tel qu'il est prévu dans l'EP-AMP.

Comité paritaire AMP (MSSS-FMOQ)

Le comité paritaire AMP (Comité) est responsable d'assurer, au nom du MSSS et de la FMOQ, la mise en œuvre et le suivi de l'EP-AMP. À cet égard, le Comité peut formuler aux parties négociantes toute recommandation qu'il jugerait utile de porter à leur attention. Il peut aussi intervenir dans diverses situations, et ce, dans la mesure prévue par l'EP-AMP.

De plus, le Comité peut procéder à l'analyse d'un dossier qui lui a été soumis dans le cadre des AMP par un médecin. Le Comité demande un avis au DRMG de la région concernée et transmet sa recommandation au médecin, au DRMG et à la RAMQ.

RAMQ

La RAMQ tient un rôle d'information auprès des DRMG et du Comité, notamment en ce qui a trait au profil personnel de chaque médecin en regard de sa participation aux AMP. Le cas échéant, elle applique également les décisions des DRMG et celles du Comité. Elle applique directement la réduction pour un médecin non adhérent selon les délais prévus à l'EP-AMP. La RAMQ affiche dans son site Internet, par voie sécurisée, un lien permettant aux médecins de consulter en ligne leur profil individuel.

ANNEXE I

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION DES AMP

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION À LA NOUVELLE ENTENTE PARTICULIÈRE N° 51 SUR LES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

PARTIE 1 – COORDONNÉES DU MÉDECIN

1^{er} contrat Modification Changement de région

Nom :		Prénom :		N° de permis :	
Nom de l'établissement ou clinique médicale					
Adresse de l'établissement (non à la résidence)					
Adresse courriel					
Téléphone résidence		Téléphone bureau		Cellulaire (facultatif mais apprécié)	

PARTIE 2 – MODALITÉS DE PARTICIPATION

Secteur	Activités médicales particulières	Choix	Nombre d'heures d'AMP	Lieu de dispensation
I	Urgence	<input type="checkbox"/>		
II	500 inscriptions et suivis de la clientèle en cabinet, à domicile en CLSC ou UMF	<input type="checkbox"/>		
III	Soins de courte durée (hospitalisation)	<input type="checkbox"/>		
IV	Obstétrique (nomination avec privilèges)	<input type="checkbox"/>		
V	CHSLD, MAD (incluant la garde en disponibilité)	<input type="checkbox"/>		
VI	Toute autre activité autorisée par le comité de direction du DRMG	<input type="checkbox"/>		

PARTIE 3 – CONFIRMATION DU MÉDECIN

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 DRMG de l'Estrie et au comité paritaire prévu au paragraphe 7.3 des présentes. » et de l'article 3.1 de l'Infolettre 114 de la RAMQ datée du 31 août 2015, qui dit : « la durée de l'engagement du médecin est de deux ans et débute au moment de la prise d'effet de l'adhésion ».

DATE	NOM DU MÉDECIN	IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR SIGNATURE

PARTIE 4 – CONFIRMATION D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION PAR LA CHEF DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE L'ESTRIE

RÉPONSE DU DRMG	ACCEPTÉE <input type="checkbox"/>				DRE RAYMONDE VAILLANCOURT
	REFUSÉE <input type="checkbox"/>	ANNÉE	MOIS	JOUR	

PARTIE 5 – CONFIRMATION DU MÉDECIN RESPONSABLE DU GUICHET D'ACCÈS

DATE	NOM DU MÉDECIN	SIGNATURE DU MÉDECIN

PARTIE 6 – CONFIRMATION DE LA DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

DATE	NOM DU MÉDECIN	SIGNATURE DU MÉDECIN

Vous pouvez retourner ce formulaire :

Par courriel : drmgestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Par télécopieur : 819 829-6278

Par la poste :

DRE RAYMONDE VAILLANCOURT, CHEF DU DRMG

CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

500, RUE MURRAY

SHERBROOKE (QUÉBEC) J1G 2K6

Pour toute autre information : 819 346-1110, poste 27887

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 

