

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

1<sup>er</sup> contrat       Modification       Renouvellement

<b>1. Identification du médecin</b>		
Nom	Prénom	Numéro de pratique
Adresse de correspondance		
Adresse courriel	Téléphone	Télécopieur

<b>2. Identification de la région de pratique</b>	
La Capitale-Nationale	Numéro 94   0   3   9

<b>3. Modalités de participation</b>		
Lieu de dispensation	Numéro de la RAMQ	Nombre d'heures semaine
Type d'activités médicales particulières	Activités rémunérées <input type="checkbox"/> Hon. fixes <input type="checkbox"/> Tarif horaire <input type="checkbox"/> Acte	
<b>Attestation de l'établissement</b>	Nous attestons que les AMP décrites à la section 3 du présent formulaire sont bien accomplies dans notre établissement par le médecin mentionné à la section 1.	
Signature autorisée	Titre du signataire autorisé	Date
Lieu de dispensation	Numéro de la RAMQ	Nombre d'heures semaine
Type d'activités médicales particulières	Activités rémunérées <input type="checkbox"/> Hon. fixes <input type="checkbox"/> Tarif horaire <input type="checkbox"/> Acte	
<b>Attestation de l'établissement</b>	Nous attestons que les AMP décrites à la section 3 du présent formulaire sont bien accomplies dans notre établissement par le médecin mentionné à la section 1.	
Signature autorisée	Titre du signataire autorisé	Date
Type d'activités médicales particulières	Activités rémunérées <input type="checkbox"/> Hon. fixes <input type="checkbox"/> Tarif horaire <input type="checkbox"/> Acte	
Lieu de dispensation	Numéro de la RAMQ	Nombre d'heures semaine
<b>Attestation de l'établissement</b>	Nous attestons que les AMP décrites à la section 3 du présent formulaire sont bien accomplies dans notre établissement par le médecin mentionné à la section 1.	
Signature autorisée	Titre du signataire autorisé	Date

<b>4. Signature</b>		
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 réseaux locaux de services 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

**RÉSERVÉ AU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE  
AVIS DE CONFIRMATION D'ADHÉSION**

<b>Adhésion acceptée</b>		
Date de la demande d'adhésion →	Date de la réponse du DRMG →	Date de début d'adhésion →
ANNÉE   MOIS   JOUR	ANNÉE   MOIS   JOUR	ANNÉE   MOIS   JOUR

<b>Refus d'adhésion</b>		
Date de la demande d'adhésion →	Date de la réponse du DRMG →	
ANNÉE   MOIS   JOUR	ANNÉE   MOIS   JOUR	

<b>Fin d'adhésion</b>		
Date de fin d'adhésion →	Raison	
ANNÉE   MOIS   JOUR		

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

Prise en charge:  
1. Un volume de 250 à 499 patients inscrits ou plus correspond à six (6) heures par semaine ou soixante-six (66) heures par trimestre. De ce volume de patients et lorsque le DRMG le recommande un minimum de 250 patients doit provenir du guichet d'accès à un médecin de famille, de la lettre d'entente #304 ou #361.

Initiales du médecin: