

**Formulaire d'adhésion ou de modification
Activités médicales particulières (AMP)**

PARTIE 1 – COORDONNÉES DU MÉDECIN		<input type="checkbox"/> 1 ^{re} adhésion	<input type="checkbox"/> Modification
Nom	Prénom	Date de modification : / /	
Adresse de correspondance complète (domicile)			
Téléphone personnel		Courriel	
Catégorie d'années de pratique : <input type="checkbox"/> 0-15 ans <input type="checkbox"/> plus 15 ans		RLS de l'avis de conformité :	

Le médecin doit effectuer ses AMP dans le territoire pour lequel il détient son avis de conformité, à moins d'entente entre le chef de table locale de son territoire et celui 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 des titres des établissements concernés.

PARTIE 2 - ACTIVITÉS MÉDICALES		ASSUREZ-VOUS DE LA DISPONIBILITÉ DE L'AMP DANS LE RLS VISÉ	
AMP	Activités médicales	Choix	Inscrire le nom du site ↓
SIMPLES	12 heures/semaine (cochez une activité)		
	Urgence	<input type="checkbox"/>	
	Inscription et suivi de clientèle 500 patients, dont 250 patients provenant <u>spécifiquement</u> du GAMF, de la lettre d'entente 304 ou de la lettre d'entente 321.	<input type="checkbox"/>	
	SAD	<input type="checkbox"/>	
	Soins en hébergement (CHSLD)	<input type="checkbox"/>	
	Réadaptation	<input type="checkbox"/>	
	Soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	
AMP	Activités médicales	Choix	Inscrire le nom des sites
MIXTES**	ACTIVITÉ # 1 6 heures/semaine (cochez UNE activité parmi les 2 suivantes)**		Inscrire le nom du site ↓
	Inscription et suivi de clientèle 250 patients provenant <u>spécifiquement</u> du GAMF, de la lettre d'entente 304 ou de la lettre d'entente 321.	<input type="checkbox"/>	
	Urgence	<input type="checkbox"/>	
	ACTIVITÉ # 2 (doit être différente de l'activité # 1)** 6 heures/semaine (cochez UNE activité parmi les suivantes)		Inscrire le nom du site ↓
	Inscription et suivi de clientèle 250 patients provenant <u>spécifiquement</u> du GAMF, de la lettre d'entente no. 304 ou de la lettre d'entente no. 321.	<input type="checkbox"/>	
	Soins de courte durée en établissement	<input type="checkbox"/>	
	Obstétrique en établissement	<input type="checkbox"/>	
	SAD	<input type="checkbox"/>	
	Soins en hébergement (CHSLD)	<input type="checkbox"/>	
	Réadaptation	<input type="checkbox"/>	
	Soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	
	CDAR*	<input type="checkbox"/>	
	Centre de détention*	<input type="checkbox"/>	
Itinérance*	<input type="checkbox"/>		
Toxicomanie*	<input type="checkbox"/>		

*Ces AMP doivent obtenir l'approbation du Comité paritaire MSSS-FMOQ pour être accordées

AMP D'autres combinaisons pourraient être accordées de façon **EXCEPTIONNELLE. Veuillez contacter votre chef de table locale (voir site internet DTMF)

Veillez consulter le verso du formulaire pour connaître le volume d'activité attendu pour répondre aux exigences du nombre d'heures et les conditions de renouvellement

PARTIE 3 – SIGNATURES (OBLIGATOIRES)		Attention! Le médecin demandeur est responsable d'obtenir les signatures. Un formulaire avec une signature manquante ne sera pas conservé par le DTMF		
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 DTMF et au comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes ».				
Médecin (en lettres majuscules)	Signature	ANNÉE	MOIS	JOUR
Chef du département / Médecin responsable – Site 1 (Majuscules)	J'atteste l'exactitude des activités et des heures déclarées	ANNÉE	MOIS	JOUR
	Signature			
Chef du département / Médecin responsable - Site 2 (Majuscules)	J'atteste l'exactitude des activités et des heures déclarées	ANNÉE	MOIS	JOUR
	Signature			
Chef de table locale du RLS d'appartenance (Majuscules)	J'atteste la disponibilité des AMP demandées	ANNÉE	MOIS	JOUR
	Signature			

Veillez retourner ce formulaire dûment complété et signé à :

Par courriel, en format PDF : dtmfmontreal@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur : 514 593-2603

Rappel

- L'adhésion est possible dès la signature de l'avis de conformité. Les demandes reçues avant cette date seront rejetées ;
- 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 ;
- Certaines AMP sont offertes de façon limitée ;
- Les AMP de prise en charge, lorsque limitées, sont offertes sur la base du premier arrivé, premier servi. Un tirage au sort sera effectué dans le cas de demandes reçues simultanément ;
- En établissement, le chef de département ou de service décide à qui il accorde les blocs d'AMP disponibles ;
- La demande d'adhésion ou de modification doit être approuvée par le chef de table locale du DTMF du RLS d'appartenance.

GUIDE D'ÉVALUATION DU VOLUME D'ACTIVITÉS

La détermination du volume d'activités auquel s'engage le médecin et devant apparaître à son engagement pour répondre à l'exigence d'une durée moyenne de douze (12) heures par semaine, sur une base de quarante-quatre (44) semaines annuelle, aux critères suivants :

1. Service d'urgence d'un centre hospitalier :

- 16 quarts (AMP 12 heures) **OU** 8 quarts (AMP 6 heures) de garde de 8 heures par trimestre (le temps de débordement n'est pas inclus ni compté).

2. Services médicaux, impliquant la garde en disponibilité, en CHSLD, CR ou dans le cadre d'un programme de SAD d'un CLSC

2.1. Soins dispensés à un patient en hébergement (CHSLD incluant la garde en disponibilité) :

- Le médecin doit être responsable des soins, sur une base hebdomadaire, d'un minimum de 50 à 60 patients (lits) pour l'AMP de 12 heures **OU** d'un minimum de 25 à 30 patients (lits) pour l'AMP de 6 heures.

2.2. Services médicaux dispensés dans le cadre d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive :

- Le médecin doit être responsable des soins, sur une base hebdomadaire, d'en moyenne 20 patients (AMP 12 heures) **OU** 10 patients (AMP 6 heures).

2.3. Programme de soutien à domicile :

- 6 heures ou 12 heures de soutien à domicile par semaine, sur une base de 44 semaines par année auprès de bénéficiaires faisant partie du programme de soutien à domicile du CLSC. Attestation annuelle de l'établissement concerné et, le cas échéant, sur demande du DTMF.

3. Soins palliatifs, incluant la garde en disponibilité :

- 6 heures ou 12 heures par semaine, sur une base de 44 semaines par année

4. Prestation, en première ligne, de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèle

4.1 Prise en charge 250 patients

- 250 à 499 patients inscrits correspond à 6 heures par semaine ou 66 heures par trimestre. De ce nombre, un minimum de 250 patients doit provenir du guichet d'accès à un médecin de famille, de la Lettre d'entente n° 304 ou de la Lettre d'entente n° 321.

4.2 Prise en charge 500 patients

- * 500 patients inscrits et plus, correspond à 12 heures par semaine ou 132 heures par trimestre. De ce nombre, un minimum de 250 patients doit provenir du guichet d'accès à un médecin de famille, de la Lettre d'entente n° 304 ou de la Lettre d'entente n° 321.

5. Soins aux patients admis en courte durée incluant la garde en disponibilité (NÉCESSITE L'APPROBATION DU DTMF) :

- 6 heures d'AMP = 5 semaines/année. 12 heures d'AMP = 10 semaines/année.

6. Services médicaux en obstétrique incluant la garde en disponibilité (NÉCESSITE L'APPROBATION DU DTMF) :

- Le médecin doit procéder à au moins 15 accouchements par **semestre** (AMP 6 heures).

7. Toute autre activité autorisée par le DTMF :

7.1 Centre de détention

- Le médecin doit effectuer 6 heures par semaine ou 66 heures par trimestre de soins en centre de détention.
- 7 jours de garde en disponibilité dans un centre de détention correspond à 6 heures d'AMP par semaine.

7.2. CDAR

- Le médecin doit effectuer 6 heures par semaine ou 66 heures par trimestre de soins auprès des demandeurs d'asile et des réfugiés au CDAR. Conditionnel à l'approbation du DTMF et du Comité paritaire FMOQ-MSSS.

7.3 Itinérance

- Le médecin doit effectuer 6 heures par semaine ou 66 heures par trimestre de soins en itinérance dans les milieux reconnus par le DTMF.

7.4. Toxicomanie

- Le médecin doit effectuer 6 heures par semaine ou 66 heures par trimestre de soins en toxicomanie dans les milieux reconnus par le DTMF. Conditionnel à l'approbation du DTMF et du Comité paritaire FMOQ-MSSS.

RÈGLES DE CONVERSION

Veillez-vous référer au site internet dtmfmontreal.com 2 de la section ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES afin de connaître les règles de conversion sur lesquelles se base la Régie et qui ont pour but de fournir aux DTMF et au comité paritaire des données dans une certaine mesure uniformisées et comparables et de traduire les données sur la rémunération des médecins en heures, comptées comme ayant été payées selon le tarif de base.

DURÉE DE L'ENGAGEMENT DU MÉDECIN

La durée de l'engagement du médecin est de deux (2) ans et débute au moment de la prise d'effet de l'adhésion. Il est renouvelé automatiquement sauf dans les cas suivants :

- Le médecin et le DTMF sont d'accord pour procéder à sa révision ;
- Le DTMF considère que les effectifs médicaux sont particulièrement insuffisants dans l'un des secteurs d'activités disponibles sur son territoire. Cette révision n'est applicable que si l'engagement du médecin comprend d'autres activités que celles reconnues par le DTMF de Montréal.

Veillez noter qu'en cas de pénurie grave d'effectifs médicaux dans un service d'urgence d'une installation de la région ou de toute installation située dans un rayon de 75 km du lieu de pratique principal du médecin, le DTMF peut obliger le médecin à une révision temporaire de son engagement.

Basé sur l'Entente particulière n° 51 – Activités médicales particulières (AMP)

ATTESTATION DE MAINTIEN DE L'INTÉGRITÉ DU SERVICE

Ce formulaire doit être complété uniquement lors d'une modification des AMP en cours de contrat

Site 1

Par la présente, je confirme que la modification des AMP de Dr(e) _____ ne causera pas de bris de service dans le service/département dont je suis responsable même s'il(elle) cesse complètement sa pratique dans ce service/département.

AMP qui seront cessées :

Lieu :

Nombre d'heures/ semaine :

6 heures 12 heures

Chef du département / Médecin responsable
(En lettres majuscules)

Signature

Année Mois Jour

Site 2 (si applicable)

Par la présente, je confirme que la modification des AMP de Dr(e) _____ ne causera pas de bris de service dans le service/département dont je suis responsable même s'il(elle) cesse complètement sa pratique dans ce service/département.

AMP qui seront cessées :

Lieu :

Nombre d'heures/ semaine :

6 heures 12 heures

Chef du département / Médecin responsable
(En lettres majuscules)

Signature

Année Mois Jour

Veuillez retourner ce formulaire dûment complété et signé à :
Par courriel : dtmfmontreal@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur : 514 593-2603