Santé et Services sociaux Québec

DEMANDE D'ADHÉSION AU PROGRAMME DE FINANCEMENT ET DE SOUTIEN PROFESSIONNEL POUR LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (Programme GMF)

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Le médecin responsable doit avoir reçu les résultats de l'évaluation préalable du nombre de patients inscrits pondérés avant d'envoyer le formulaire de demande d'adhésion. L'évaluation doit dater de moins de 90 jours.
La demande doit être signée par ***tous les médecins du groupe,*** le ***chef du Département régional de médecine générale (DRMG)***, ainsi que le ***président-directeur général (PDG)*** *et* le ***directeur des services professionnels (DSP) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)***. Elle doit être envoyée par courriel à l'établissement selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme GMF.

IDENTIFICATION DU GMF

Nom du GMF :	Nom du CISSS ou du CIUSSS :
Adresse du GMF (site principal) :	Adresse courriel générique (une seule autorisée) :
	Téléphone :
Numéro NEQ du futur GMF au registre des entreprises :	Nom DME :

NIVEAU DE FINANCEMENT PRÉVU

Nombre de patients inscrits pondérés pour l'ensemble des médecins adhérant au Programme GMF (selon le résultat de l'évaluation de patients inscrits pondérés datant de moins de 90 jours) :	
Veuillez cocher si le GMF demande un niveau inférieur (selon les modalités de la section 4.1 du Programme GMF) :	☐
Niveau demandé (liste déroulante de 1 à 12) :	**Niveau**

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre GMF se retrouve-t-il dans l'une de ces situations particulières[1] (cocher l'une des cases, si requis)?

☐ Votre GMF est situé sur un territoire de RLS de moins de 25 000 habitants

☐ Votre GMF est situé sur un territoire de RLS de 25 000 à 49 999 habitants

Un ou plusieurs des sites du futur GMF faisait (faisaient) auparavant partie d'un GMF :	Oui ☐	Non ☐
Si oui, veuillez mentionner le nom du GMF :		
Ce ou ces sites ont déjà fait l'objet d'un remboursement de travaux d'aménagement :	Oui ☐	Non ☐

[1] Voir annexe IV du Programme GMF

LISTE DES SITES DU GMF (SITE PRINCIPAL EN PREMIER)

Nom de la clinique	Adresse complète	Numéro de facturation RAMQ	Cocher si le site est en établissement	Nombre de médecins
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	

OFFRE DE SERVICE

Advenant le cas où le GMF déciderait de convenir d'une entente avec un partenaire pour couvrir les 68 heures d'accessibilité par semaine, une entente de service (disponible sur le site Internet du MSSS) devra être complétée et jointe à ce formulaire.

Sites composant le GMF / Jours de la semaine	*Exemple : Clinique du Jour*	**Nom du site 1 :**	**Nom du site 2:**	**Nom du site 3 :**	**Nom du site 4 :**	**Nom du site 5 :**	**Nombre d'heures d'ouverture couvertes par les sites du GMF :** *(exemple : 12h)*	**Nombre d'heures d'ouverture couvertes par l'entente :** *(exemple : 4h)*
Lundi	*8h à 20h*							
Mardi	*8h à 20h*							
Mercredi	*8h à 20h*							
Jeudi	*8h à 20h*							
Vendredi	*8h à 20h*							
Samedi	*10h à 14h*							
Dimanche	*10h à 14h*							

Commentaires sur l'offre de service (alternance des sites, etc.) :		*Sans entente*	*Avec entente*
	Somme des heures de services offertes :		
	TOTAL :		

NOTES IMPORTANTES :

- L'offre de service doit porter sur une période de 12 mois ou, le cas échéant, sur une période allant jusqu'à la prochaine date de révision annuelle du GMF;
- L'offre de service doit être revue ou confirmée à chaque révision annuelle à l'aide du formulaire fourni à cet effet;
- Aucun engagement d'offre de service en cours d'année est possible;
- L'entente de service doit être effectuée avec un seul partenaire;
- Chacune des plages horaires couvertes par un partenaire de service doit comprendre au moins quatre (4) heures consécutives.

SOUTIEN À LA PRATIQUE (MÉCANISME D'ACCÈS POUR LA POPULATION SANS MÉDECIN DE FAMILLE)

Le GMF a conclu une entente avec le DRMG, en cogestion avec le PDG et le DSP, afin de déterminer le nombre de plages de disponibilité qu'il rend accessibles à la population sans médecin de famille ainsi que leur modalité d'accès :	Oui ☐	Non ☐

Si oui, veuillez compléter les sections suivantes :

Date de début de l'entente :		
Date de fin de l'entente :		
Estimation du nombre de consultations de patients sans médecins de famille d'ici la prochaine révision annuelle :		
Type de ressource embauchée :		
	Intra établissement ☐	Hors établissement ☐
Niveau demandé selon l'entente conclue avec le DRMG, selon le tableau 5 de la section 7.2.2		**Niveau**

SIGNATURES

Les signataires s'engagent à respecter les obligations liées au Programme GMF.

Liste des médecins présentant une demande d'adhésion au Programme GMF au ministre.

Par la signature du présent formulaire d'adhésion, vous AUTORISEZ EXPLICITEMENT le comité paritaire Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) - Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (ci-après « le Comité paritaire ») à obtenir auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) les INFORMATIONS PERSONNELLES vous concernant qui sont à la fois :

1. relatives à la facturation de vos services médicaux auprès de la RAMQ; et
2. nécessaires pour que le Comité paritaire procède à la détermination de la première banque d'heures attribuable au GMF auquel vous adhérez.

Cette autorisation explicite est donnée en application de l'Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille (GMF).

Cette autorisation explicite n'est valable que pour la durée nécessaire à la détermination par le Comité paritaire de la première banque d'heures attribuable au GMF auquel vous adhérez et devra être renouvelée pour toute détermination subséquente.

MÉDECIN RESPONSABLE

Nom en caractère d'imprimerie	*Numéro de permis*	*Site principal de pratique*	*Signature*

MÉDECINS SIGNATAIRES

Nom en caractère d'imprimerie	*Numéro de permis*	*Site principal de pratique*	*Signature*

MÉDECINS SIGNATAIRES			
Nom en caractère d'imprimerie	*Numéro de permis*	*Site principal de pratique*	*Signature*

SIGNATURE DU CHEF DU DRMG ET DES REPRÉSENTANTS DE L'ÉTABLISSEMENT

Les signatures du chef du DRMG, du PDG et du DSP sont considérées par le MSSS comme étant l'approbation par ces derniers de la demande d'adhésion au Programme GMF.

Signature du chef du DRMG	Signature du PDG du CISSS/CIUSSS
Nom (lettres moulées)	Nom (lettres moulées)
Date	Date

Signature du DSP du CISSS/CIUSSS

Nom (lettres moulées)

Date