

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 **Département territorial de médecine familiale (DTMF)**, ainsi que le **président-directeur général (PDG)** et le **directeur médical (DM) de l'établissement**. Elle doit être envoyée par courriel à l'établissement selon les coordonnées présentées à l'annexe VI du Programme GMF.

IDENTIFICATION DU GMF

Nom du GMF :	Nom de l'établissement :
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) :	
Veillez cocher si le GMF demande un niveau inférieur (selon les modalités de la section 4.1 du Programme GMF) :	<input type="checkbox"/>
Niveau demandé (liste déroulante de 1 à 12) :	

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre GMF se retrouve-t-il dans l'une de ces situations particulières¹ (cocher l'une des cases, si requis)?		
<input type="checkbox"/>	Votre GMF est situé sur un territoire de RLS de moins de 25 000 habitants.	
<input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

¹ Voir annexe III 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
			<input type="checkbox"/>	

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 DTMF, en cogestion avec le PDG et le DM, 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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

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 <input type="checkbox"/>	Hors établissement <input type="checkbox"/>
Niveau demandé selon l'entente conclue avec le DTMF, selon le tableau 6 de la section 7.2.2		

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

SIGNATURE DU DTMF ET DES REPRÉSENTANTS DE L'ÉTABLISSEMENT

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

Signature du DTMF

Signature du PDG de l'établissement

Nom (lettres moulées)

Nom (lettres moulées)

Date

Date

Signature du DM de l'établissement

Nom (lettres moulées)

Date