

1<sup>er</sup> contrat → Date de début \_\_\_\_\_  
AA/MM/JJ

OU  Modification → Date de modification \_\_\_\_\_  
AA/MM/JJ

### PARTIE 1 – COORDONNÉES DU MÉDECIN

(Date de début des nouvelles activités)

Nom _____	Prénom _____	Numéro de permis	1-
Adresse de correspondance _____			
Adresse courriel _____			
Téléphone _____			
RLS de l'avis de conformité _____		Catégorie d'années de pratique:	0-14 ans      15 ans et plus

### PARTIE 2 – MODALITÉS DE PARTICIPATION

AMP	Activités médicales <sup>1</sup>	Choix	Lieu de pratique
<b>AMP Simples</b>	Urgence	<input type="checkbox"/>	
	Inscription, prise en charge et suivi clientèle	<input type="checkbox"/>	
	SAD (soutien à domicile)	<input type="checkbox"/>	
	CHSCD (hospitalisation dans un centre hospitalier de soins de courte durée)	<input type="checkbox"/>	
	CHSLD, CR ou le MAD (incluant la garde en disponibilité)	<input type="checkbox"/>	
	Toute autre activité autorisée par le comité de direction du DTMF	<input type="checkbox"/>	
<b>AMP Mixtes</b>	Prise en charge (250 pts) avec 6 heures en :	<input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> Réadaptation <input type="checkbox"/> Enseignement <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Obstétrique <input type="checkbox"/> GMF-R (activités mission réseau)	
	Urgence (6 heures) avec 6 heures en :	<input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> GMF-R (activités mission réseau)	

### 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 et au comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes. »

DATE	NOM DU MÉDECIN	SIGNATURE

### PARTIE 4 – CONFIRMATION D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION PAR LE DIRECTEUR TERRITORIAL DE MÉDECINE FAMILIALE DE LA MONTÉRÉGIE

RÉPONSE DU DTMF	ACCEPTÉE <input type="checkbox"/>	ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DU DÉBUT	ADHÉSION <input type="checkbox"/>	ANNÉE	MOIS	JOUR
	REFUSÉE <input type="checkbox"/>					MODIFICATION <input type="checkbox"/>			
SIGNATURE DIRECTEUR TERRITORIAL DTMF									

Veuillez retourner ce formulaire dûment complété et signé à :

- Par courriel, en format PDF : [dtmf.monteregie@ssss.gouv.qc.ca](mailto:dtmf.monteregie@ssss.gouv.qc.ca)

<sup>1</sup> Pour connaître la liste des AMP, veuillez consulter le site Internet du DTMF.

## **Informations sur l'adhésion à l'Entente particulière sur les Activités Médicales Particulières (AMP)\***

L'article 3.0 Adhésion de l'Entente Particulière – AMP définit les démarches d'adhésion à l'entente particulière auprès du DTMF de la région principale de pratique.

### **1. Début de pratique dans la région socio-sanitaire de la Montérégie**

Le médecin qui commence sa pratique ou dont la pratique débute dans une nouvelle région devra, avant la fin du premier trimestre complet suivant le début de cette pratique :

- ❖ adresser une demande au DTMF de la région dans laquelle il effectuera 55 % et plus de ses journées de facturation au sens de l'Entente particulière relative au respect des plans territoriaux d'effectifs médicaux (PTM), pour obtenir la liste des AMP disponibles. Dans le cas où un médecin n'exerce pas 55 % et plus de ses journées de facturation dans une région, le DTMF visé est celui de la région où il exerce le plus de jours;
- ❖ faire votre choix d'AMP parmi celles disponibles dans votre RLS d'appartenance sur le site web DTMF Montérégie <https://www.santemonteregie.qc.ca/activites-medicales-particulières-amp> ;
- ❖ produire au DTMF les pièces justificatives permettant d'obtenir la confirmation que les activités choisies à titre d'AMP seront reconnues. Dans tous les cas, les pièces justificatives doivent prévoir le volume attendu d'AMP.

Ces étapes doivent être franchies au moins deux semaines avant la fin de ce trimestre pour que le DTMF puisse, dans les délais prévus au paragraphe précité, confirmer au médecin qu'il respecte les exigences de l'EP – AMP.

### **2. Premier trimestre complet et date d'adhésion**

Le médecin doit adhérer à l'EP – AMP au plus tard à l'intérieur du premier trimestre complet qui suit le début de sa pratique.

Les quatre (4) trimestres reconnus pour les AMP sont :

- ❖ 1er trimestre : décembre, janvier, février
- ❖ 2e trimestre : mars, avril, mai
- ❖ 3e trimestre : juin, juillet, août
- ❖ 4e trimestre : septembre, octobre, novembre

La durée de l'engagement du médecin est de deux ans et débute au moment de la prise d'effet de l'adhésion. La détermination de la date d'adhésion pour le médecin qui revient en pratique s'effectue de la même façon que pour le professionnel qui débute, selon les dispositions de l'EP – AMP.

\*Pour des informations plus détaillées, veuillez consulter la brochure no 1 omnipraticiens, entente particulière 51, disponible à la RAMQ.