Santé et Services sociaux Québec

Avec la participation de la Régie de l'assurance maladie du Québec

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

ENGAGEMENT

LETTRE D'ENTENTE Nº 327

Remplissez les sections 1, 2, 3 ou 4 selon la situation ET la section 5 (signature).

1. Adhésion ou retrait à la Lettre d'entente nº 327

Remplissez cette section et la section 5 pour adhérer à la Lettre d'entente nº 327 (nouveau groupe) ou vous en retirer (fin du groupe).
Le responsable de l'établissement doit transmettre le formulaire par courriel à mcasavant@fmoq.org et à comite.paritaire.FMOQ@msss.gouv.qc.ca.

☐ **Adhésion** ☐ **Retrait** ☐ **Médecin seul vers groupe concerté** ☐ **Groupe concerté vers médecin seul**

Identification du médecin responsable du groupe

Prénom	Nom	Numéro du professionnel
Courriel		Date d'entrée en vigueur (Année / Mois / Jour)

Identification de l'installation

Nom du CHSLD	Numéro d'établissement

Identification du ou des médecins du groupe concerté

SIGNATURE	Prénom	Nom
X _____	Numéro du professionnel	
SIGNATURE	Prénom	Nom
X _____	Numéro du professionnel	
SIGNATURE	Prénom	Nom
X _____	Numéro du professionnel	
SIGNATURE	Prénom	Nom
X _____	Numéro du professionnel	
SIGNATURE	Prénom	Nom
X _____	Numéro du professionnel	
SIGNATURE	Prénom	Nom
X _____	Numéro du professionnel	
SIGNATURE	Prénom	Nom
X _____	Numéro du professionnel	
SIGNATURE	Prénom	Nom
X _____	Numéro du professionnel	
SIGNATURE	Prénom	Nom
X _____	Numéro du professionnel	

Si vous avez besoin de plus d'espace, vous devez remplir un formulaire additionnel.

2. Modification d'un groupe existant

Pour l'ajout d'un médecin à un groupe concerté existant ou son retrait, remplissez cette section et la section 5 (signature).
Le médecin responsable du groupe doit transmettre le formulaire par courriel à registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca.

Identification du médecin responsable du groupe

Prénom	Nom	Numéro du professionnel

Identification de l'installation

Nom du CHSLD	Numéro d'établissement

Identification des médecins à ajouter ou à retirer

☐ **Ajout** ☐ **Retrait**	Prénom	Nom	
	Numéro du professionnel		Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
☐ **Ajout** ☐ **Retrait**	Prénom	Nom	
	Numéro du professionnel		Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
☐ **Ajout** ☐ **Retrait**	Prénom	Nom	
	Numéro du professionnel		Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
☐ **Ajout** ☐ **Retrait**	Prénom	Nom	
	Numéro du professionnel		Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
☐ **Ajout** ☐ **Retrait**	Prénom	Nom	
	Numéro du professionnel		Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
☐ **Ajout** ☐ **Retrait**	Prénom	Nom	
	Numéro du professionnel		Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
☐ **Ajout** ☐ **Retrait**	Prénom	Nom	
	Numéro du professionnel		Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
☐ **Ajout** ☐ **Retrait**	Prénom	Nom	
	Numéro du professionnel		Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
☐ **Ajout** ☐ **Retrait**	Prénom	Nom	
	Numéro du professionnel		Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
☐ **Ajout** ☐ **Retrait**	Prénom	Nom	
	Numéro du professionnel		Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
☐ **Ajout** ☐ **Retrait**	Prénom	Nom	
	Numéro du professionnel		Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
☐ **Ajout** ☐ **Retrait**	Prénom	Nom	
	Numéro du professionnel		Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
☐ **Ajout** ☐ **Retrait**	Prénom	Nom	
	Numéro du professionnel		Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
☐ **Ajout** ☐ **Retrait**	Prénom	Nom	
	Numéro du professionnel		Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour

Si vous avez besoin de plus d'espace, vous devez remplir un formulaire additionnel.

3. Changement du médecin responsable du groupe

Pour changer un médecin responsable, remplissez cette section. Le médecin responsable remplacé doit remplir la section 5 (signature). La section 2 doit également être remplie si le médecin responsable remplacé quitte le groupe ou si le nouveau médecin responsable ne fait pas partie du groupe. Le médecin responsable remplacé doit transmettre le formulaire par courriel à registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca.

Identification du médecin responsable remplacé

Prénom	Nom	Numéro du professionnel

Identification du nouveau médecin responsable

SIGNATURE	Prénom	Nom
X _____	Numéro du professionnel	Date d'entrée en vigueur (Année / Mois / Jour)

Identification de l'installation du nouveau médecin responsable

Nom du CHSLD	Numéro d'établissement

4. Ajout d'un médecin remplaçant à un groupe concerté

Pour l'ajout d'un médecin remplaçant à un groupe concerté existant, remplissez cette section et la section 5 (signature). Le médecin responsable du groupe doit transmettre le formulaire par courriel à registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca.

Identification du médecin responsable du groupe

Prénom	Nom	Numéro du professionnel

Identification de l'installation

Nom du CHSLD	Numéro d'établissement

Identification du médecin remplacé

SIGNATURE	Prénom	Nom	
X _____	Numéro du professionnel	Date de début (Année / Mois / Jour) ▶	Date de fin (Année / Mois / Jour)

Identification du médecin remplaçant

SIGNATURE	Prénom	Nom	
X _____	Numéro du professionnel	Date de début (Année / Mois / Jour) ▶	Date de fin (Année / Mois / Jour)

5. Engagement – Signature

Je reconnais que les médecins ont pris connaissance des dispositions de la Lettre d'entente n° 327 et déclarent les accepter.

SIGNATURE DU MÉDECIN RESPONSABLE DU GROUPE	Prénom
X _____ Date _____ (Année / Mois / Jour)	Nom

La signature du médecin responsable du groupe est requise dans toutes les situations. Si le changement concerne le remplacement du médecin responsable, c'est le médecin responsable remplacé qui doit remplir et signer cette section afin d'autoriser ce changement de rôle.

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT (DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS OU DIRECTEUR GÉNÉRAL)	Prénom
X _____ Date _____ (Année / Mois / Jour)	Nom

La signature du responsable de l'établissement est requise pour l'adhésion à la Lettre d'entente n° 327 et pour son retrait. Elle n'est pas requise pour une modification apportée à un groupe existant.

NOTE

Les médecins qui désirent se prévaloir d'une dérogation pour la tarification bonifiée doivent en faire la demande par courriel à mcasavant@fmoq.org et à comite.paritaire.FMOQ@msss.gouv.qc.ca en inscrivant le nombre de leurs patients inscrits en GMF, cabinet, CLSC ou GMF-U ainsi que le nombre de ceux inscrits en CHSLD. Indiquez les noms et les numéros des lieux de pratique concernés.