

# AVIS DE CONFORMITÉ – MÉDECINS OMNIPRATICIENS

## ANNEXE II DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AU RESPECT DES PLANS RÉGIONAUX D'EFFECTIFS MÉDICAUX (PREM)

### 1. Renseignements sur l'identité du médecin

Nom	Prénom	Numéro de pratique
Adresse de correspondance		
Téléphone	Télécopieur	Courriel
Nom du lieu de pratique, s'il y a lieu		

### 2. Déclaration de la situation actuelle

- Nouveau médecin débutant en pratique ou nouveau facturant au Québec désirant obtenir un avis de conformité du département régional de médecine générale (DRMG) auquel la présente demande est adressée.
- Médecin déjà en pratique au Québec désirant obtenir un avis de conformité du DRMG auquel la présente demande est adressée (annexe IV).

**De plus, je peux me prévaloir de l'une des situations suivantes :**

- Médecin déjà en pratique désirant obtenir un avis de conformité du DRMG auquel la présente demande est adressée, et ce, à la suite de son retour d'une région éloignée, au sens de l'annexe XII de l'Entente générale, après y avoir exercé de façon continue pendant au moins trois ans (art. 3.04).
- Médecin déjà en pratique désirant obtenir un avis de conformité en se prévalant du fait qu'il est de retour d'un territoire en pénurie d'effectif nommé à l'annexe I de l'Entente particulière après y avoir exercé pendant une période continue de cinq ans (art. 3.05).
- Médecin déjà en pratique désirant obtenir un avis de conformité en se prévalant du fait qu'il a vingt ans et plus de pratique (art. 3.06).

### 3. Avis de conformité antérieur

- Je détiens actuellement un avis de conformité au PREM du DRMG de \_\_\_\_\_ et j'expédie à celui-ci une copie du présent formulaire. (indiquer l'agence régionale)
- Je détiens actuellement une dérogation qui tient lieu d'avis de conformité (dépannage, instance à vocation nationale).
- Je ne détiens pas d'avis de conformité au PREM délivré par un DRMG.

### 4. Signature

J'ai pris connaissance de l'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux.

Je m'engage à effectuer 55% ou plus de mes activités, en journées de facturation, dans votre région.

J'accepte que le comité paritaire prévu à cette entente soit informé de ma demande ainsi que, le cas échéant, de l'obtention d'un avis de conformité.

J'ai pris également connaissance de l'article 3.08 de cette même entente : « La demande d'avis de conformité faite par un médecin à un DRMG implique que la Régie de l'assurance maladie, conformément aux articles 8.00 et 9.00 des présentes, transmet les données pertinentes à l'application de la présente entente concernant sa rémunération et ses années de pratique à l'agence de santé et de services sociaux concernée et au comité paritaire prévu aux présentes. »

Signature du médecin	Date de la présente demande	<input type="checkbox"/> Date prévue du début de pratique dans la région <input type="checkbox"/> Date prévue de modification de la répartition interrégionale de pratique
	ANNÉE    MOIS    JOUR	ANNÉE    MOIS    JOUR

**Notez que les données concernant votre rémunération seront divulguées en journées de facturation.**

### 5. Réponse du département régional de médecine générale

Date de la réponse du DRMG	ANNÉE	MOIS	JOUR	<input type="checkbox"/> Demande acceptée <input type="checkbox"/> Demande refusée
Chef du département régional de médecine générale <small>(en lettres majuscules)</small>	Signature			Date
				ANNÉE    MOIS    JOUR

**En cas d'acceptation de votre demande par le DRMG, vous devez confirmer dans les trente jours la date prévue du début ou de modification de votre pratique dans notre région en remplissant la section 6.**

### 6. Confirmation du médecin demandeur et signatures

Signature du médecin	Date	<input type="checkbox"/> Date prévue du début de pratique dans la région <input type="checkbox"/> Date prévue de modification de la répartition interrégionale de pratique		
	ANNÉE    MOIS    JOUR	ANNÉE    MOIS    JOUR		
Chef du département régional de médecine générale <small>(en lettres majuscules)</small>	Signature			Date
				ANNÉE    MOIS    JOUR