

## AVIS DE CONFORMITÉ – MÉDECINS OMNIPRATICIENS

### ANNEXE I 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. Demande d'avis de conformité au PREM	
Demande d'avis de conformité au PREM de la région _____	
En vous référant à l'annexe IV de l'entente, veuillez indiquer par ordre de préférence la ou les sous-régions pour lesquelles vous déposez une demande d'avis de conformité au PREM.	
1 _____	3 _____
2 _____	4 _____
<input type="checkbox"/> Dans l'éventualité où mes préférences ne seraient pas retenues, je souhaite être orienté vers un autre sous-territoire de la région.	

3. Déclaration de la situation actuelle	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> Médecin déjà en pratique au Québec désirant obtenir un avis de conformité du DRMG auquel la présente demande est adressée (annexe III).	
<b>De plus, je peux me prévaloir de l'une des situations suivantes :</b>	
<input type="checkbox"/> 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).	
<input type="checkbox"/> 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. 3.05).	

4. Avis de conformité antérieur	
<input type="checkbox"/> Je détiens actuellement un avis de conformité au PREM du DRMG de la région _____.	
<input type="checkbox"/> J'ai un engagement de pratique majoritaire dans le territoire (RLS/CLSC) _____.	
<input type="checkbox"/> Je détiens actuellement une dérogation qui tient lieu d'avis de conformité (dépannage, instance à vocation nationale).	
<input type="checkbox"/> Je ne détiens pas d'avis de conformité au PREM délivré par un DRMG.	

5. Signature		
J'ai pris connaissance de l'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux.		
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 3.07 qui stipule que : « La demande d'avis de conformité faite par un médecin à un DRMG implique que la Régie de l'assurance maladie, conformément à l'article 9.00 des présentes, transmet les données pertinentes à l'application de la présente entente concernant sa rémunération et ses années de pratique au DRMG concerné et au comité paritaire prévu aux présentes ».		
SIGNATURE DU MÉDECIN	DATE DE LA PRÉSENTE DEMANDE ANNÉE    MOIS    JOUR	DATE PRÉVUE DU DÉBUT DE PRATIQUE DANS LE TERRITOIRE VISÉ PAR L'AVIS ANNÉE    MOIS    JOUR

6. Réponse du département régional de médecine générale		
DATE DE LA RÉPONSE DU DRMG ANNÉE    MOIS    JOUR	<input type="checkbox"/> Demande acceptée pour la région : _____ Sous-territoire : _____	
<input type="checkbox"/> Demande refusée		
CHEF DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (EN LETTRES MAJUSCULES)	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 7.**

7. Confirmation du médecin demandeur		
SIGNATURE DU MÉDECIN	DATE ANNÉE    MOIS    JOUR	DATE PRÉVUE DU DÉBUT DE PRATIQUE DANS LE TERRITOIRE VISÉ PAR L'AVIS ANNÉE    MOIS    JOUR
CHEF DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (EN LETTRES MAJUSCULES)	SIGNATURE	DATE ANNÉE    MOIS    JOUR