Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval
Québec

AVIS DE CHANGEMENT PROFESSIONNEL

MÉDECINS OMNIPRATICIENS

Cochez la case appropriée selon le changement dont cet avis fait l'objet et remplissez la ou les sections s'y rapportant.

☐ **Changement d'adresse (1)**	☐ **Changement de lieu de pratique (2)**	☐ **Changement de région (3)**
☐ **Fin de pratique - retraite (4)**	☐ **Réorientation (5)**	

1. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom	**Prénom**	**Numéro de pratique** 1 -
Adresse		
Ville	**Province**	**Code postal**
Courriel		

☎ **Résidence**	☎ **Bureau**	☎ **Cellulaire**	☎ **Autres**

Note : Si vous déménager en dehors du Québec, vous devez effectuer différentes démarches, notamment auprès de la RAMQ.
Je déménage | RAMQ

DATE DU CHANGEMENT

ANNÉE	MOIS	JOUR

2. CHANGEMENT DU LIEU DE PRATIQUE

Nom du lieu de pratique (GMF ou clinique)		
Adresse		
Ville	**Province**	**Code postal**
☎ **Téléphone**		

Sous-territoire du RLS de Laval

☐ Regroupement des territoires de CLSC Duvernay et Pont-Viau - Est
☐ Regroupement des territoires de CLSC Sainte-Rose-de-Laval et Chomedey – Ouest

Note : Si le nouveau lieu de pratique se situe en dehors de l'avis de conformité du dispensateur, les services rendus dans ce nouvel établissement seront considérés comme effectués hors du cadre de cet avis. Cela aura un impact sur le pourcentage de pratique réalisé et pourrait empêcher le dispensateur d'atteindre les 55 % de pratique dans le territoire couvert par son avis de conformité. Vous devez également informer la RAMQ de votre changement de lieu de pratique.

DATE DU CHANGEMENT

ANNÉE	MOIS	JOUR	Raison

3. CHANGEMENT DE RÉGION

Nom du nouveau RLS pour lequel vous avez obtenu un nouveau PREM.

Sous-territoire du RLS (si connu)

Note : Le médecin qui doit mettre fin à la relation médecin-patient a les mêmes responsabilités et obligations déontologiques à respecter avant de cesser de le faire. Démarches requises | FMOQ

DATE DU CHANGEMENT

ANNÉE	MOIS	JOUR	Raison

4. FIN DE PRATIQUE (RETRAITE)

Année d'obtention du PREM initial

Nombre d'année d'engagement aux AMP

Note : Voici également des informations concernant la démarche à effectuer pour votre retraite.
Départ à la retraite | RAMQ

DATE DE FIN

ANNÉE	MOIS	JOUR	Raison

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval
Québec

AVIS DE CHANGEMENT PROFESSIONNEL

MÉDECINS OMNIPRATICIENS

5. RÉORIENTATION DE CARRIÈRE

Année d'obtention du PREM initial

Est-ce que cette réorientation a un impact sur votre d'engagement aux AMP?

☐ Non, je conserve le même engagement.
☐ Non, j'ai plus de 15 ans de participation aux AMP

☐ Oui, je devrai donc présenter une demande de modification de mes AMP au comité de direction du DTMF.
Dans ce cas, vous devez remplir le formulaire de modification aux AMP disponible sur notre site internet.

☐ Oui, je dois également diminuer ou cesser ma prise en charge.
Dans ce cas, vous avez la responsabilité d'assurer le suivi de votre patientèle.
Par exemple, vous prévaloir de la lettre d'entente 304 – prise en bloc de patients. À défaut de parvenir à transférer la responsabilité de ses patients à des collègues, le médecin doit prendre les mesures requises pour qu'ils s'inscrivent au GAMF et qu'ils puissent ainsi bénéficier des services offerts par le Guichet d'accès pertinent (GAP) de leur région.

Est-ce que cette réorientation modifie votre statut au régime d'assurance maladie du Québec?

☐ Non, je participe toujours au régime.

☐ Oui, je me désengage du régime et devient un professionnel non participant ou désengagé.
Dans ce cas, votre avis de conformité sera annulé à compter de la date de début de la non-participation. Si vous redevenez participant au régime ultérieurement, vous devrez obtenir un nouvel avis de conformité, émis en fonction de vos années de pratique et signer l'engagement prévu à l'article 3.03.

Note : Vous devez également informer la RAMQ de vos démarches. Les liens ci-dessous exposent à la fois les obligations du médecin qui quitte la RAMQ et des répercussions possibles :

Je décide de participer ou non au régime d'assurance maladie du Québec | RAMQ
Incidence de ne plus participer au régime d'assurance maladie du Québec ou de s'en désengager | RAMQ

DATE DU CHANGEMENT

ANNÉE	MOIS	JOUR	Raison

JUSTIFICATION SI VOUS DEVEZ PRÉSENTER UNE DEMANDE AU COMITÉ DE DIRECTION OU COMITÉ PARITAIRE

Veuillez expliquer votre projet et ses bénéfices pour la région de Laval (clientèle visée, volumétrie, services couverts par la RAMQ, etc.)

Section obligatoire

6. SIGNATURE

Je confirme que ces renseignements sont véridiques et peuvent être transmis aux instances impliquées dans le traitement des dossiers relevant du DTMF, en occurrence la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)	**Signature**	ANNÉE MOIS JOUR

Veuillez faire parvenir le formulaire au DTMF de Laval.

Veuillez transmettre par courriel à l'adresse ci-dessous toute question concernant la complétion du présent formulaire :

✉ dtmf.cissslaval@ssss.gouv.qc.ca

AVIS DE CHANGEMENT PROFESSIONNEL

MÉDECINS OMNIPRATICIENS