



## Demande de service de suppléance

PROGRAMME DE SUPPLÉANCE POUR LES MÉDECINS DE FAMILLE EN MILLIEU RURAL (PSMFMR)

### SECTION A: INFORMATION DU DEMANDEUR

\_\_\_\_\_  
Nouvelle demande

\_\_\_\_\_  
Révision d'une demande

Nom du médecin de famille en milieu rural: \_\_\_\_\_

Localité: \_\_\_\_\_

Nom de la personne-ressource: \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Raison pour la demande: \_\_\_\_\_

### SECTION B: INFORMATION DU MÉDECIN SUPPLÉANT

Nom du médecin suppléant: \_\_\_\_\_

No CPSO: \_\_\_\_\_ No de RASO: \_\_\_\_\_

**Si le médecin est nouveau dans votre collectivité, veuillez remplir ce qui suit. Veuillez également vous assurer que le médecin suppléant soumet le formulaire bancaire au PSMFMR avant l'affectation de la suppléance.**

Adresse du domicile / cabinet: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Co postal: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Le médecin rural participant demandera à l'avance une affectation de suppléance administrée par le PSMFMR au moyen de cette demande. Les demandes peuvent être soumises jusqu'à un maximum de trois mois à l'avance, mais doivent être reçues **au moins deux semaines avant** la date de début de l'affectation de suppléance (une demande reçue dans les deux semaines suivant la date de début de l'affectation de suppléance pourrait ne pas être approuvée à temps pour la période de suppléance, ce qui retarderait les paiements des médecins suppléants). Tous les champs applicables, y compris les dates précises pour les jours de clinique et les jours de garde, doivent être remplis. Le défaut d'inclure tous les détails du médecin ou les dates de suppléance peut retarder le traitement de l'affectation.

## SECTION C: RENSEIGNEMENTS DU MISSION

No. de jours en:	Date(s) spécifique de journée:		
No. de jours sur:	Date(s) spécifique de:		
En plus de clinique, type (s) de services que le médecin fournira pendant:	Service d'urgence Soins de longues durée Patient hospitalisé	Anesthésie Obstétrique Autre: _____	
POUR LES COMMUNAUTÉS RNPGA UNIQUEMENT. Veuillez énumérer tous les jours de vacance Programme des services aux régions insuffisamment desservies (PSRID) adjacents éligibles (le cas échéant)	Jours de vacance PSRID spécifiques:		

**ENVOYER LA DEMANDE COMPLÉTÉE À:** [rfmlp@ontariohealth.ca](mailto:rfmlp@ontariohealth.ca)

### **USAGE INTERNE SEULEMENT**

No d'affectation PSMFMR :  
No de référence :  
No de contrat (Long)  
Vérifié par:  
Date de traitement:  
Jours confirmés d'admissibilité :  
Jours restants de droit de  
service de suppléance:

**Avis de collecte :** Santé Ontario recueille vos renseignements personnels en vertu de l'article 6 de la Loi de 2019 pour des soins interconnectés. Tous les renseignements recueillis dans le présent formulaire pourront être utilisés au besoin par Santé Ontario dans le cadre de la gestion adéquate des programmes de recrutement et de maintien en poste financés par le gouvernement y compris l'évaluation de votre admissibilité à ces programmes et à recevoir un paiement de ces programmes. Les renseignements fournis dans le présent formulaire pourront également être utilisés par Santé Ontario et/ou par le ministère de la Santé dans le cadre de la gestion financière adéquate de ces

programmes, ainsi que pour effectuer des recherches et évaluer les paramètres de ces programmes. Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements sur la collecte effectuée par Santé Ontario, veuillez contacter [rfmlp@ontariohealth.ca](mailto:rfmlp@ontariohealth.ca)