

■ DEMANDE D'ADHÉSION/DE RÉACTIVATION D'ADHÉSION

Pour obtenir des renseignements sur l'adhésion, consultez le site de l'ACPM au www.cmpa-acpm.ca ou communiquez avec l'Association au 613-725-2000 ou au 1-800-267-6522. Ce formulaire peut être rempli en ligne.

Veillez retourner le formulaire de demande/de réactivation d'adhésion dûment rempli par télécopieur, par la poste ou par l'entremise du portail des membres (vous aurez besoin de votre numéro d'adhésion et de votre mot de passe). Ne choisissez qu'un seul mode de soumission afin d'éviter le double emploi des documents et les délais dans le traitement de votre demande.

Tous les candidats doivent remplir les sections A et C.

Avez-vous déjà été membre de l'ACPM? Oui Non

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom :

(PRÉNOM)

(DEUXIÈME PRÉNOM)

(NOM DE FAMILLE)

Votre numéro d'adhésion, le cas échéant :

Adresse postale :

(APP./BUREAU, NUMÉRO CIVIQUE, NOM ET TYPE DE RUE)

(VILLE)

(PROVINCE/TERRITOIRE)

(CODE POSTAL)

(PAYS)

Téléphone :

(DOMICILE)

(TRAVAIL)

(POSTE)

(CELLULAIRE)

Télécopieur :

Courriel :

Sexe : M F **Date de naissance :**

(AAAA/MM/JJ)

Langue de correspondance préférée : Français Anglais

Numéro d'identification médicale du Canada (NIMC) :

ADHÉSION À L'ACPM ET PRINCIPE DE MUTUALITÉ

En tant qu'organisation à caractère mutuel, vouée à la défense des médecins, l'ACPM entretient avec ses membres une relation qui se définit par le principe de mutualité. L'ACPM offre à ses membres une protection en matière de responsabilité médicale; il est attendu qu'en retour les médecins exercent de façon respectueuse de l'éthique et des valeurs de l'Association (l'organisation à caractère mutuel), conformément à son Règlement.

■ **SECTION A** – Tous les candidats doivent remplir cette section

Le fait de fournir à l'ACPM des renseignements personnels signifie que vous acceptez et que vous consentez à ce que l'Association recueille, utilise et divulgue vos renseignements personnels, conformément à sa politique sur la protection de la vie privée. Le dépliant ci-inclus, intitulé « L'ACPM, la vie privée et vous », contient les faits saillants de la politique de l'ACPM sur la protection de la vie privée. Cette politique est publiée sur le site web de l'Association au www.cmpa-acpm.ca. Vous pouvez également obtenir un exemplaire en communiquant avec l'ACPM.

1. Date à laquelle vous désirez que votre adhésion débute :

(AAAA/MM/JJ)

Votre adhésion ne pourra commencer que sur réception aux bureaux de l'ACPM de votre formulaire dûment rempli, accompagné de tous les documents requis et des modalités de paiement. Si vous adhérez à l'ACPM pour la première fois, vous devez verser une cotisation pour une période minimale de 2 mois au cours de la première année civile de votre adhésion.

2. **Province de travail et code de travail**

L'ACPM établit les cotisations en fonction du code de travail ET de la province ou du territoire où vous travaillez ou recevez votre formation (voir le Barème des cotisations de l'ACPM ci-inclus). **Si vous choisissez le code de travail (CDT) 12 ou 14, vous devez remplir la section B (questions à l'intention des résidents et des moniteurs cliniques [fellows]).** Si vous choisissez le code 14, vous devez fournir le numéro de permis d'exercice vous autorisant à la pratique indépendante de la médecine. Les candidats qui font du travail clinique additionnel ne peuvent choisir le code 12. Si vous choisissez le code 20, 31 ou 32, vous devez remplir le questionnaire correspondant. Vous pouvez trouver ces documents au www.cmpa-acpm.ca.

Avant de faire une demande d'adhésion à l'ACPM sous le code de travail 12, vous devrez vérifier si vous avez besoin de la protection offerte par l'ACPM. Veuillez communiquer avec les établissements de formation médicale postdoctorale ou votre employeur.

Vous devez indiquer tous les codes de travail qui décrivent le plus fidèlement vos responsabilités professionnelles. Si vous exercez sous plus d'un code de travail, ou si vous travaillez dans plus d'une région tarifaire, veuillez communiquer avec l'ACPM pour obtenir de l'aide. Énumérez toutes les provinces et tous les territoires où vous travaillerez, les codes qui décrivent le plus fidèlement le travail que vous exercerez dans chaque province et territoire et les périodes de travail.

Précisez la ou les périodes :

- a. Province/territoire : _____ Le ou les codes de travail : _____
 Date de début : _____ Date de fin : _____ Aucune date de fin du travail :
(AAAA/MM/JJ) (AAAA/MM/JJ)
- b. Province/territoire : _____ Le ou les codes de travail : _____
 Date de début : _____ Date de fin : _____ Aucune date de fin du travail :
(AAAA/MM/JJ) (AAAA/MM/JJ)
- c. Province/territoire : _____ Le ou les codes de travail : _____
 Date de début : _____ Date de fin : _____ Aucune date de fin du travail :
(AAAA/MM/JJ) (AAAA/MM/JJ)

Veuillez décrire le travail que vous exercerez :

3. Diplômé de médecine de : _____
(UNIVERSITÉ) (VILLE) (PAYS)

Date d'obtention du diplôme : _____
(AAAA/MM/JJ)

4. S'il y a lieu, indiquez tout certificat ou titre professionnel canadien obtenu, la date d'obtention et la spécialité :

CCMF CSPQ FRCPC FRCSC

Autres , veuillez préciser : _____

Date d'entrée en vigueur : _____ Spécialité : _____
(AAAA/MM/JJ)

Certificats ou titres professionnels non canadiens et spécialité : _____

Pays : _____

5. Renseignements sur le permis d'exercice ou l'inscription :

Vous devez détenir un permis d'exercice en règle ou être inscrit auprès d'un organisme de réglementation de la médecine (Collège) d'une province ou d'un territoire pour être admissible à l'adhésion.

Je suis ou serai inscrit auprès d'un organisme de réglementation de la médecine (Collège) de la façon suivante :

Permis d'exercice régulier **Permis pédagogique** **Carte de stage**

Permis restrictif (expliquez pourquoi vous ne détenez pas un permis d'exercice régulier) : _____

Renseignements inconnus en ce moment. Vous pouvez soumettre votre demande d'adhésion maintenant sans fournir votre ou vos numéros de permis ou d'inscription. Toutefois, dès que vous aurez le ou les numéros de permis d'exercice et la ou les dates d'entrée en vigueur, vous devrez en informer l'ACPM pour qu'elle puisse poursuivre le traitement de votre demande et vous fournir votre numéro d'adhésion.

Inscrivez les détails de votre permis d'exercice

a. Province/territoire : _____ N° du permis d'exercice ou d'inscription : _____

Date de début : _____ Date de fin : _____
(AAAA/MM/JJ) (AAAA/MM/JJ)

b. Province/territoire : _____ N° du permis d'exercice ou d'inscription : _____

Date de début : _____ Date de fin : _____
(AAAA/MM/JJ) (AAAA/MM/JJ)

c. Province/territoire : _____ N° du permis d'exercice ou d'inscription : _____

Date de début : _____ Date de fin : _____
(AAAA/MM/JJ) (AAAA/MM/JJ)

6. Votre résidence permanente est-elle située à l'**extérieur** du Canada? Oui Non

Si **oui**, vous devez fournir les renseignements suivants :

a) Où travaillerez-vous au Canada? _____

Nom de l'employeur : _____

Adresse : _____
(APP./BUREAU, NUMÉRO CIVIQUE, NOM ET TYPE DE RUE) (VILLE)

(TÉLÉPHONE) (PROVINCE/TERRITOIRE) (CODE POSTAL)

- b) Veuillez indiquer l'adresse postale et le numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre **au** Canada :

Adresse:

(APP./BUREAU, NUMÉRO CIVIQUE, NOM ET TYPE DE RUE)

(VILLE)

(TÉLÉPHONE)

(PROVINCE/TERRITOIRE)

(CODE POSTAL)

- c) Veuillez indiquer votre adresse permanente et votre numéro de téléphone **à l'extérieur** du Canada :

Adresse:

(APP./BUREAU, NUMÉRO CIVIQUE, NOM ET TYPE DE RUE)

(VILLE)

(TÉLÉPHONE)

(PROVINCE/ÉTAT)

(PAYS)

(CODE POSTAL)

7. a) Tous les candidats doivent indiquer le nom de tout assureur commercial auprès duquel ils détiennent ou ont détenu une protection en matière de responsabilité professionnelle, ou l'équivalent, à titre de médecin ou de résident. Ceci inclut la protection en matière de responsabilité professionnelle offerte par d'autres organisations (p. ex., les hôpitaux).

Indiquez également toute période pendant laquelle vous avez travaillé sans protection.

- i. Nom de l'assureur ou de l'organisation : _____ N° du permis d'exercice ou d'inscription : _____

Date de début :

(AAAA/MM/JJ)

Date de fin :

(AAAA/MM/JJ)

- ii. Nom de l'assureur ou de l'organisation : _____ N° du permis d'exercice ou d'inscription : _____

Date de début :

(AAAA/MM/JJ)

Date de fin :

(AAAA/MM/JJ)

- iii. Nom de l'assureur ou de l'organisation : _____ N° du permis d'exercice ou d'inscription : _____

Date de début :

(AAAA/MM/JJ)

Date de fin :

(AAAA/MM/JJ)

- b) Si vous détenez ou avez détenu une protection commerciale en matière de responsabilité professionnelle au Canada, vous pourriez vous retrouver sans protection. Désirez-vous recevoir un formulaire de demande de protection rétroactive? Oui Non

Pour plus d'information, consultez le site web de l'ACPM au www.cmpa-acpm.ca.

Pour être admissible à la protection rétroactive, votre demande doit être reçue à nos bureaux dans les 6 mois suivant votre adhésion à l'ACPM. La protection rétroactive n'est offerte que pour les actions en justice ou autres plaintes déposées ou intentées après que votre demande de protection rétroactive a été acceptée par l'ACPM et que vous ayez convenu des modalités de paiement acceptables.

■ **SECTION B** – Les candidats désirant adhérer sous le code de travail 12 ou 14 (résidents et moniteurs cliniques [*fellows*]) DOIVENT répondre à toutes les questions de cette section.

En remplissant cette section et en signant ce formulaire, vous consentez à ce que l'ACPM confirme les renseignements relatifs à votre adhésion auprès des établissements de formation médicale postdoctorale ou des hôpitaux d'enseignement qui en font la demande afin de faciliter votre inscription à un programme de formation postdoctorale. L'ACPM peut vérifier tout renseignement fourni dans le cadre de cette demande et votre signature le reconnaît et l'y autorise.

Code de travail 12 : résident ou moniteur clinique (*fellow*) qui n'effectue pas de travail clinique additionnel (*moonlighting*)

Code de travail 14 : résident qui effectue du travail clinique additionnel (*moonlighting*)

Travail clinique additionnel (*moonlighting*) : pratique indépendante de la médecine en dehors de votre programme de formation postdoctorale (programme de résidence ou programme structuré de formation des moniteurs cliniques), rémunérée ou non.

Les quarts de travail supplémentaires effectués à titre de résident ne constituent pas du travail clinique additionnel et relèvent du code 12.

8. Êtes-vous :

- un résident inscrit à un programme de formation postdoctorale menant à la certification auprès du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou d'un organisme provincial ou territorial de réglementation de la médecine (Collège)?
- un moniteur clinique (*fellow*) ou médecin suivant un programme structuré de formation affilié à une université?
- un médecin diplômé à l'extérieur du Canada inscrit à un programme visant l'obtention du permis d'exercice régulier?

9. Veuillez indiquer ce qui suit:

- a) Le nom de l'université, de la faculté de médecine ou de l'organisme de réglementation (Collège) : _____
- b) La discipline dans laquelle vous suivrez une formation : _____
- c) Le titre exact de votre programme de formation ou d'évaluation : _____
- d) Date de début du programme : _____ Date de fin du programme : _____
(AAAA/MM/JJ) (AAAA/MM/JJ)
- e) L'année de formation que vous entreprendrez au Canada : _____

10. Au cours de la présente année, comptez-vous effectuer du travail clinique additionnel (*moonlighting*), c.-à-d. pratiquer la médecine de façon indépendante en dehors de votre programme de formation, que cette pratique soit rémunérée ou non? (Les quarts de travail supplémentaires effectués à titre de résident relèvent du code 12.) **Oui **Non****

Les résidents et moniteurs cliniques effectuant du travail clinique additionnel (*moonlighting*) doivent détenir un permis d'exercice ou une inscription acceptable auprès de l'organisme de réglementation (Collège) dans la province ou le territoire où le travail clinique additionnel s'effectuera.

Les moniteurs cliniques (*fellows*) effectuant du travail clinique additionnel (*moonlighting*) doivent consulter le Barème des cotisations (voir le site web de l'ACPM au www.cmpa-acpm.ca) pour ajouter le code de travail approprié à leur profil d'adhésion.

11. Avez-vous déjà passé ou devez-vous passer un examen de certification dans une *spécialité* au terme de votre programme de formation? **Oui **Non****

Date : _____ Discipline : _____ Pays : _____
(AAAA/MM/JJ)

12. Veuillez énumérer les certificats ou titres professionnels que vous détenez ainsi que les dates d'obtention :

Certificat ou titre professionnel : _____ Date : _____ Pays : _____
(AAAA/MM/JJ)

Certificat ou titre professionnel : _____ Date : _____ Pays : _____
(AAAA/MM/JJ)

■ SECTION C – Tous les candidats doivent remplir cette section.

Fournir les détails et les résultats relatifs à toute réponse affirmative, notamment les circonstances cliniques, la date de l'événement et toute menace formulée ou anticipée, le cas échéant. **Énumérez toute situation, y compris celles déjà signalées à l'ACPM.**

- a) Vous a-t-on déjà poursuivi en justice ou a-t-on déjà poursuivi vos employés en justice, ou menacé de le faire, ou une autre plainte a-t-elle déjà été déposée contre vous ou vos employés à la suite du travail médical que vous ou vos employés avez effectué? **Oui** **Non**
- Si oui, à quel organisme de protection ou à quel assureur cette affaire a-t-elle été signalée? _____
- b) Est-il arrivé qu'un assureur ou qu'une société offrant l'équivalent d'une protection en matière de responsabilité professionnelle ait refusé de vous accorder une protection en matière de responsabilité professionnelle, ait décliné le renouvellement de cette protection, ou ait seulement consenti à vous accorder une telle protection sous réserve de conditions particulières? **Oui** **Non**
- c) Vos privilèges hospitaliers ont-ils déjà été réduits, restreints ou suspendus, ou avez-vous déjà été mis en probation? **Oui** **Non**
- d) Avez-vous déjà été accusé d'une inconduite professionnelle ou d'une inconduite du genre par un organisme de réglementation de la médecine (Collège)? **Oui** **Non**
- e) Votre aptitude à exercer la médecine ou vos compétences médicales ont-elles déjà été remises en question ou ont-elles déjà fait l'objet d'un examen ou d'une enquête par un organisme de réglementation de la médecine (Collège)? **Oui** **Non**
- f) Avez-vous déjà eu une suspension de votre permis d'exercice ou de votre inscription ou votre nom a-t-il déjà été radié du registre d'un organisme de réglementation de la médecine (Collège)? **Oui** **Non**
- g) Y a-t-il déjà eu interruption de votre permis d'exercice ou de votre inscription? **Oui** **Non**
- h) Êtes-vous au courant de circonstances qui pourraient se traduire par une menace de poursuite judiciaire, une action en justice ou une autre instance pour responsabilité civile médicale, erreur ou faute professionnelle, et qui sont susceptibles d'être intentées contre vous ou un de vos employés? **Oui** **Non**
- i) Si vous réactivez votre adhésion à l'ACPM, de nouvelles menaces de poursuite judiciaire, de nouvelles actions en justice ou d'autres plaintes ont-elles été déposées ou intentées contre vous ou vos employés depuis votre dernière adhésion à l'ACPM? **Oui** **Non**

Si oui, à quel organisme de protection ou à quel assureur ont-elles été signalées? _____

JE SOUMETS, PAR LA PRÉSENTE, une demande d'adhésion afin de devenir membre de l'Association canadienne de protection médicale. Si cette demande est acceptée, je conviens de me conformer aux règles et aux règlements de l'ACPM. Je conviens d'informer l'ACPM dans les plus brefs délais possibles de tout changement dans mes coordonnées. Je comprends qu'une assistance ne me sera accordée qu'à la discrétion de l'ACPM dans toute instance ou action en justice intentée à mon encontre, conformément au règlement de l'Association.

Dans le but de protéger mes intérêts, et dans l'unique éventualité où je ne pourrais être trouvé ou joint par l'ACPM après des efforts raisonnables pour communiquer avec moi, je désigne par la présente le directeur du Service de consultation pour les médecins de l'ACPM, le cas échéant, à titre de mon fondé de pouvoir dans le but de demander à l'ACPM une assistance en mon nom si une action civile est intentée à mon encontre et si une décision est prise de m'accorder une assistance dans de telles circonstances, de permettre audit fondé de pouvoir de confier sans réserve mon dossier à l'ACPM et à ses avocats afin qu'ils agissent conformément à la décision prise en ce qui a trait à la conduite, à la défense ou au règlement de mon dossier.

À moins d'avoir avisé l'ACPM du contraire, je consens à ce que l'ACPM recueille, utilise et divulgue mes renseignements personnels conformément à sa politique sur la protection de la vie privée. J'atteste que le ou les codes de travail associés à avec l'exercice dans la ou les provinces ou le ou les territoires indiqués précédemment décrivent le travail professionnel que j'accomplirai habituellement et que toutes les réponses aux questions qui précèdent sont exactes. Je reconnais que l'ACPM peut vérifier tout renseignement fourni dans le cadre de cette demande, et que ma signature ci-dessous l'y autorise. Conformément au paragraphe 2.04 du Règlement de l'ACPM, l'Association se réserve le droit d'annuler l'adhésion et de retenir toute somme versée par un candidat réputé par le Conseil comme ayant donné des renseignements inexacts ou incomplets dans le présent formulaire.

Signature : _____

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

■ Renseignements en matière de paiement

L'ACPM offre des options de paiement aux médecins au cours des 6 premiers mois de leur période de transition d'un programme de formation postdoctorale à la pratique. Les médecins qui passent par d'autres formes de transition n'y sont pas admissibles. Veuillez communiquer avec l'ACPM au 1-800-267-6522 pour déterminer vos paiements.

Est-ce qu'un groupe payeur effectuera le paiement en votre nom? **Oui** **Non**

Si oui, veuillez retourner votre demande à l'ACPM accompagnée d'une lettre de votre groupe payeur.

Modes de paiement (veuillez choisir un seul mode de paiement) :

Débit préautorisé annuel (DPA)

L'ACPM prélèvera le montant total de votre cotisation sur le compte bancaire canadien spécifié le 20^e jour du premier mois du début de votre adhésion. Par la suite, l'ACPM effectuera le débit le 20 janvier de chaque année pour les membres facturés selon l'année civile (de janvier à décembre) ou le 20 juillet pour ceux facturés en fonction du cycle universitaire (de juillet à juin) (ou le prochain jour ouvrable).

Débets préautorisés mensuels

L'ACPM prélèvera des mensualités sur votre compte bancaire canadien spécifié le 20^e jour de chaque mois (ou le prochain jour ouvrable).

Aucun compte bancaire canadien

Si vous prévoyez arriver au Canada et y ouvrir un compte bancaire avant de commencer à travailler, vous pouvez soumettre une demande sans y annexer le paiement de la cotisation, et faire parvenir le formulaire Accord de débits préautorisés (DPA) avec vos renseignements sur votre compte bancaire canadien, dès que ces renseignements seront connus, une fois que vous serez arrivé au Canada. Il est important de noter que l'adhésion à l'ACPM ne peut débuter que lorsque le paiement est reçu. Tout retard dans le paiement risque d'entraîner une brèche dans votre protection.

L'ACPM communiquera avec vous peu de temps après pour vous donner des instructions plus détaillées quant au paiement de votre cotisation. Vous pouvez adresser toute question par courriel à l'adresse renseignements@cmpa.org.

Tout paiement (y compris à l'international) doit être libellé en devises canadiennes et tiré sur une banque canadienne.

SI VOUS DÉSIREZ PAYER VOTRE COTISATION PAR DÉBIT PRÉAUTORISÉ, VOUS DEVEZ REMPLIR LE FORMULAIRE D'ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) CI-DESSOUS :

■ Accord de débits préautorisés (DPA)

J'autorise l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) à prélever sur mon compte bancaire à la ou aux dates indiquées ci-dessus, ou le prochain jour ouvrable s'il y a lieu, tous les paiements qui lui sont dus. Advenant qu'un paiement ne puisse être honoré ou qu'une demande de changement à ma protection résulte en une cotisation plus élevée, j'autorise l'ACPM à prélever le solde dû sur mon compte le mois suivant.

Je joins à la présente un chèque bancaire portant la mention ANNULÉ (tiré uniquement sur un compte de chèques ou un compte d'épargne canadien, et non sur une marge de crédit ou sur une carte de crédit).

Je reconnais que ce mode de paiement se poursuivra d'année en année jusqu'à nouvel ordre de ma part. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours.

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Si plus d'une signature est exigée pour prélever des paiements sur un compte, le nombre minimum de signataires autorisés doivent signer cette autorisation et y indiquer leurs titres respectifs.

Signature :	Signature :
Titre :	Titre :
Date :	Date :
(AAAA/MM/JJ)	(AAAA/MM/JJ)

N'oubliez pas de signer ce formulaire et d'y joindre un chèque portant la mention ANNULÉ.

