Formulaire de demande de médecin pour faire partie de MFNB

En remplissant le présent formulaire, chaque médecin indiquez que vous avez reçu de l'information sur Médecine familiale Nouveau-Brunswick (MFNB); que vous demandez au Groupe de gestion des médecins (GGM) de faire partie du programme; et que vous souhaitez de pratiquer avec les autres médecins qui ont signé le formulaire ci-dessous comme un Groupe.

Le modèle MFNB suppose la création de groupes de médecins désireux de travailler ensemble à la prestation des services décrits dans le programme de MFNB. Il s'agit notamment des services suivants :

- Inscrire officiellement les patients;
- Mettre l'accent sur l'accès de vos patients le jour même ou le lendemain;
- Utiliser un système de DME partagé par l'ensemble du groupe;
- Offrir un accès prolongé aux patients de la part de tous les médecins du groupe;
- Avec MFNB, améliorer au besoin les processus des affaires de votre pratique;
- Présenter un rapport sur les données saisies dans votre système de DME sur les mesures d'accès ainsi que sur les données cliniques saisies dans votre système de DME dans le but d'améliorer l'exercice à la suite de l'analyse par MFNB;
- Répondre aux exigences existantes de votre travail établies par votre Régie régionale de la santé, comme les modalités de soins aux patients hospitalisés déjà en place;
- Participer au modèle de rémunération de MFNB; et
- Signer une entente avec les autres membres de votre Groupe.

Voici ce que vous reconnaissez :

- Vous acceptez de participer à un groupe. Sinon, vous ne pouvez pas participer au programme.
- Si votre demande est acceptée, vous aurez la possibilité d'examiner et de signer d'autres documents avant de vous engager officiellement auprès du programme MFNB.

Formulaire rempli le : _____

Nom	Signature