

GRUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

1. Adhésion ou retrait d'un médecin membre du GMF

Si vous remplissez cette section, veuillez transmettre le formulaire aux trois adresses courriel suivantes :

- registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca;
- comiteparitaire-gmf@fmoq.org;
- comite.paritaire.fmoq@msss.gouv.qc.ca.

Nom du GMF		Numéro du GMF	
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour

Le médecin responsable du GMF doit aviser la Régie et le comité paritaire, **par courriel**, de l'ajout d'un médecin membre à un GMF ou de son retrait. Si le médecin doit être ajouté ou retiré des groupes de pratique existants, il doit également remplir les sections 5, 6 et 7 du formulaire. Le médecin coresponsable qui remplit à la fois la section 1 et des sections liées à la pratique de groupe est autorisé à signer à la place du médecin responsable.

Signature du médecin responsable ou coresponsable du GMF		Prénom		Numéro du professionnel	
<input checked="" type="checkbox"/> _____	Date	Nom		Numéro de téléphone	
	Année Mois Jour			Poste	

GMF (suite)

2. Médecins participant uniquement au sans rendez-vous du GMF (réputés membres du GMF)

Si vous remplissez uniquement cette section, veuillez transmettre le formulaire à l'adresse courriel suivante :
registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca.

Nom du GMF		Numéro du GMF	
Dans quels sites le médecin réputé membre participe-t-il au sans rendez-vous? <input type="checkbox"/> Tous les sites du GMF <input type="checkbox"/> Un ou quelques sites du GMF ▶ Précisez le nom du ou des sites concernés.			
Nom du site		Numéro d'établissement	
Nom du site		Numéro d'établissement	
Nom du site		Numéro d'établissement	
Nom du site		Numéro d'établissement	
Signature du médecin réputé membre X _____		Prénom	Numéro du professionnel
		Nom	Date de début Année Mois Jour
Date de fin Année Mois Jour			
Dans quels sites le médecin réputé membre participe-t-il au sans rendez-vous? <input type="checkbox"/> Tous les sites du GMF <input type="checkbox"/> Un ou quelques sites du GMF ▶ Précisez le nom du ou des sites concernés.			
Nom du site		Numéro d'établissement	
Nom du site		Numéro d'établissement	
Nom du site		Numéro d'établissement	
Nom du site		Numéro d'établissement	
Signature du médecin réputé membre X _____		Prénom	Numéro du professionnel
		Nom	Date de début Année Mois Jour
Date de fin Année Mois Jour			
Dans quels sites le médecin réputé membre participe-t-il au sans rendez-vous? <input type="checkbox"/> Tous les sites du GMF <input type="checkbox"/> Un ou quelques sites du GMF ▶ Précisez le nom du ou des sites concernés.			
Nom du site		Numéro d'établissement	
Nom du site		Numéro d'établissement	
Nom du site		Numéro d'établissement	
Nom du site		Numéro d'établissement	
Signature du médecin réputé membre X _____		Prénom	Numéro du professionnel
		Nom	Date de début Année Mois Jour
Date de fin Année Mois Jour			
Le médecin responsable du GMF doit nous aviser de l'ajout ou du retrait d'un médecin réputé membre. Le médecin coresponsable est autorisé à signer à la place du médecin responsable.			
Signature du médecin responsable ou coresponsable du GMF X _____		Date	Prénom
		Année Mois Jour	Nom
Date de fin Année Mois Jour		Numéro de téléphone	Poste

PRATIQUE DE GROUPE (suite)

6. Consentement à la pratique de groupe

Les médecins soussignés exercent en groupe au sein du ou des sites visés précédemment. Ils consentent à ce que la visite pour patient vulnérable ou le forfait de responsabilité puisse être facturé par tout médecin membre du groupe lorsqu'il exerce au sein du GMF, du GMF-U, du CLSC ou du cabinet et qu'il fait un examen, une intervention clinique ou une psychothérapie à un patient vulnérable inscrit par un autre membre du groupe dans le cadre de sa pratique dans le ou les sites désignés précédemment (paragraphe 2.2.6 A de l'annexe V de l'entente générale ou paragraphe 6.02 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle). De plus, les signataires consentent à ce que les médecins qui se joignent au GMF, au GMF-U, au CLSC ou au cabinet puissent s'ajouter à la pratique de groupe pour ces fins. Ce consentement demeure valide jusqu'à sa révocation.

Signature	Prénom	Numéro du professionnel
X _____	Nom	
Signature	Prénom	Numéro du professionnel
X _____	Nom	
Signature	Prénom	Numéro du professionnel
X _____	Nom	
Signature	Prénom	Numéro du professionnel
X _____	Nom	
Signature	Prénom	Numéro du professionnel
X _____	Nom	
Signature	Prénom	Numéro du professionnel
X _____	Nom	
Signature	Prénom	Numéro du professionnel
X _____	Nom	
Signature	Prénom	Numéro du professionnel
X _____	Nom	

7. Renseignements sur le médecin responsable ou coresponsable, le chef ou le médecin contact

Prénom	Nom	Numéro du professionnel
Numéro de téléphone	Poste	Numéro de télécopieur
Courriel		
Rôle		
<input type="checkbox"/> Médecin responsable du GMF <input type="checkbox"/> Médecin coresponsable du GMF <input type="checkbox"/> Chef du GMF-U <input type="checkbox"/> Médecin contact du cabinet ou du CLSC		
Obligations : La personne désignée ci-dessus doit nous faire parvenir un formulaire de consentement signé et daté par tout médecin qui commence sa pratique au sein du lieu de pratique visé et qui consent à faire partie du groupe. Elle doit aussi nous aviser du départ d'un des médecins du groupe nommé, car son départ a notamment pour effet de mettre fin à sa participation au groupe de pratique.		
Signature	Date	
X _____	Année	Mois Jour

Instructions

GRUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

1. Adhésion ou retrait d'un médecin membre du GMF

Veillez utiliser cette section du formulaire pour ajouter un médecin à un GMF ou l'en retirer (paragraphe 6.01 de l'*EP 33 – GMF*).

Pour ajouter un médecin à la pratique de groupe ou le retirer, vous devez aussi remplir les sections 5, 6 et 7.

Le médecin responsable du GMF doit transmettre, **par courriel**, à la Régie de l'assurance maladie du Québec et au comité paritaire les renseignements relatifs à tout ajout ou retrait de médecin. Cette section doit aussi être signée et datée par le médecin responsable.

Le médecin coresponsable qui remplit à la fois la section 1 et des sections liées à la pratique de groupe est autorisé à signer à la place du médecin responsable.

2. Médecins participant uniquement au sans rendez-vous du GMF (réputés membres du GMF)

Veillez utiliser cette section du formulaire pour ajouter un médecin réputé membre au sans rendez-vous d'un GMF (paragraphe VII de l'annexe V de l'*EP 33 – GMF*).

Le médecin responsable du GMF doit nous transmettre, **par courriel**, les renseignements relatifs à tout ajout ou retrait de médecin réputé membre. Cette section doit aussi être signée et datée par le médecin responsable.

Le médecin coresponsable est autorisé à signer à la place du médecin responsable.

PRATIQUE DE GROUPE

Veillez utiliser cette section pour former, modifier ou fermer un groupe de pratique (paragraphe 6.02 C) de l'*EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle*).

3. Formation d'un groupe de pratique en GMF

S'il s'agit d'un premier avis relatif à la formation d'un groupe de pratique, précisez votre situation.

Un maximum de **deux groupes est autorisé dans un CLSC qui est aussi un GMF-U**.

GMF-U : Lorsqu'un GMF-U est concerné, les médecins du GMF-U **doivent** former un groupe distinct, composé uniquement de médecins qui travaillent dans le cadre de l'*EP 42 – Médecin enseignant*.

GMF-U mixte (CLSC) : Un second groupe **peut** également être formé en CLSC. Ce groupe est composé de médecins hors GMF-U **avec** ou **sans** médecins GMF-U. Remplissez alors un formulaire pour chaque groupe.

Un maximum de **deux groupes par site de GMF est autorisé**.

GMF : Les médecins d'un GMF **peuvent** former un groupe composé exclusivement de médecins faisant partie du GMF. Lorsque les groupes formés dans chaque site du GMF sont identiques, utilisez un seul formulaire. Dans le cas contraire, remplissez autant de formulaires qu'il y a de groupes différents.

GMF mixte : Un groupe mixte peut également être formé. Ce groupe est composé de médecins hors GMF **avec** ou **sans** médecins du GMF. Vous pouvez former un seul groupe mixte dans un site de GMF, si tous les médecins consentants adhèrent au même groupe. Dans le cas contraire, deux groupes doivent être formés : un GMF et un GMF mixte.

- Inscrivez le nom complet et le numéro d'établissement de chaque site (cabinet, CLSC ou GMF-U).
- Inscrivez la date de début de validité du consentement à la pratique de groupe :
 - dans le cas d'un GMF, d'un GMF-U, d'un GMF mixte ou d'un GMF-U mixte (CLSC), la date ne peut pas être antérieure à la date d'accréditation du GMF ou du GMF-U;
 - dans le cas d'un cabinet ou d'un CLSC, la date ne peut pas être antérieure à sa date de création.
- Remplissez aussi les sections 6 et 7.

4. Formation d'un groupe de pratique hors GMF

La formation d'un seul groupe par adresse est possible pour les médecins qui travaillent en cabinet ou en CLSC non accrédité comme GMF ou GMF-U. Si vous travaillez en cabinet non codifié, vous devez obtenir un numéro de cabinet en remplissant le formulaire [Inscription d'un cabinet médical ou modification relative à un cabinet – Médecins omnipraticiens \(4066\)](#) pour pouvoir former votre groupe de pratique.

Remplissez aussi les sections 6 et 7.

5. Modification ou dissolution d'un groupe de pratique

Si la même modification concerne plusieurs groupes, vous pouvez utiliser un seul formulaire. Sinon, remplissez un formulaire différent pour chaque groupe. Sélectionnez un seul type de modification pour le groupe existant. Dans tous les cas, inscrivez la date d'entrée en vigueur de la modification.

- La dissolution d'un groupe met fin à la validité du consentement de tous les médecins du groupe.
- S'il s'agit du retrait d'un médecin d'un groupe existant, parce que le médecin a quitté l'établissement ou qu'il met fin à son consentement, ce médecin doit également remplir et signer la section 6.
- S'il s'agit d'un changement de rôle hors GMF (médecin contact du cabinet ou du CLSC), le nouveau médecin contact doit aussi remplir la section 7.

6. Consentement à la pratique de groupe

Inscrivez le nom des médecins membres du ou des sites qui acceptent les conditions du consentement figurant dans cette section. Chaque médecin doit apposer sa signature à l'endroit prévu à cette fin. Si l'espace est insuffisant, remplissez un formulaire additionnel.

7. Renseignements sur le médecin responsable ou coresponsable, le chef ou le médecin contact

Il est de la responsabilité du médecin responsable ou coresponsable du GMF, du chef du GMF-U ou du médecin contact du cabinet ou du CLSC de nous transmettre les renseignements relatifs à la formation d'un nouveau groupe de pratique ou à toute modification d'un groupe de pratique existant. Ce document doit être signé et daté par cette personne dans tous les cas.