

GRUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

1. Adhésion ou retrait d'un médecin

Nom du GMF		Numéro du GMF	
<input type="checkbox"/> Ajout <input checked="" type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input checked="" type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input checked="" type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input checked="" type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input checked="" type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input checked="" type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input checked="" type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input checked="" type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input checked="" type="checkbox"/> Retrait	Signature	Prénom	Numéro du professionnel
	X _____	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ajout <input checked="" 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 à un GMF ou de son retrait (consultez l'encadré du guide de remplissage). Si le médecin doit être ajouté ou retiré de vos groupes de pratique existants, il doit également remplir les sections 4, 5 et 6 du formulaire.			
Signature du médecin responsable		Prénom	Numéro du professionnel
X _____		Nom	

5. Consentement à la pratique de groupe

Les médecins soussignés exercent en groupe au sein du ou des sites visés ci-dessus. 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 ci-dessus (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 X _____	Prénom	Numéro du professionnel
	Nom	
Signature X _____	Prénom	Numéro du professionnel
	Nom	
Signature X _____	Prénom	Numéro du professionnel
	Nom	
Signature X _____	Prénom	Numéro du professionnel
	Nom	
Signature X _____	Prénom	Numéro du professionnel
	Nom	
Signature X _____	Prénom	Numéro du professionnel
	Nom	
Signature X _____	Prénom	Numéro du professionnel
	Nom	
Signature X _____	Prénom	Numéro du professionnel
	Nom	
Signature X _____	Prénom	Numéro du professionnel
	Nom	

6. 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 dûment 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 X _____				Date
				Année Mois Jour

Guide de remplissage

GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

1. Adhésion ou retrait d'un médecin

Veuillez utiliser cette section du formulaire pour ajouter un médecin à un GMF ou l'en retirer, comme spécifié au paragraphe 6.01 de l'*EP 33 – GMF*. Il est de la responsabilité du médecin responsable du GMF de 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 (consultez l'encadré à la fin du guide). Cette section doit aussi être signée et datée par le médecin responsable.

Pour ajouter un médecin à la pratique de groupe ou le retirer, vous devez remplir les sections 4, 5 et 6.

PRATIQUE DE GROUPE

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

2. 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 les sections 5 et 6.

3. 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 les sections 5 et 6.

4. 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 de l'ajout d'un médecin à un groupe existant, seul le nouveau médecin doit remplir et signer la section 5; les autres médecins qui constituent le groupe n'ont pas à signer le nouveau formulaire.
- 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 remplir et signer la section 5.
- S'il s'agit d'un changement de rôle hors GMF (médecin contact du cabinet ou du CLSC), le nouveau médecin contact doit remplir la section 6.

5. 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.

6. 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.

Transmission du formulaire

SI VOUS **AVEZ** REMPLI LA SECTION 1

Veillez 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

SI VOUS **N'AVEZ PAS** REMPLI LA SECTION 1

Veillez transmettre le formulaire par télécopieur au **418 646-8110** ou par courrier à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 500, succ. Terminus

Québec (Québec) G1K 7B4