Régie de l'assurance maladie Québec

# Avis d'absence et de prise en charge temporaires
# Paiement du tarif de la visite pour patient vulnérable ou du forfait de responsabilité

Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle

**Formulaire réservé au médecin qui ne fait partie d'aucun groupe de pratique dans un ou des sites de pratique.**

## 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN VISÉ PAR L'ABSENCE TEMPORAIRE

Nom et prénom

Numéro de pratique

Numéro de téléphone
Ind. rég.

Poste

Numéro de télécopieur
Ind. rég.

Adresse de courriel

Cocher le type d'absence

☐ Invalidité ☐ Maternité ☐ Adoption ☐ Autre raison (précisez) : _____

Date de début de l'absence : A M J

Date prévue de reprise des activités : (si connue) A M J

Nom du site d'exercice des activités professionnelles

Numéro de facturation

## 2 CONSENTEMENT À LA PRISE EN CHARGE TEMPORAIRE

Nom et prénom

Numéro de pratique

**(Utilisez la section 2 au verso si nécessaire.)**

Je consens à ce que le tarif de la visite pour patient vulnérable, prévu au paragraphe 2.2.6 A de l'annexe V de l'entente générale ou, selon le cas, le forfait de responsabilité, prévu au paragraphe 6.02 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, puisse être facturé par tout médecin nommé ci-dessus lorsque celui-ci fait un examen, une intervention clinique ou une psychothérapie à un patient vulnérable que j'ai inscrit dans le ou les sites désignés ci-dessus. Ce consentement demeure valide durant toute la période d'absence temporaire.

## 3 MODIFICATION OU CESSATION DE LA PRISE EN CHARGE TEMPORAIRE

Numéro de prise en charge attribué :

☐ Ajout d'un médecin ☐ Retrait d'un médecin Date d'entrée en vigueur : A M J

☐ Reprise des activités professionnelles Date de reprise : A M J

## 4 SIGNATURE DU MÉDECIN VISÉ PAR L'ABSENCE TEMPORAIRE

Signature _____ Date : A M J

Envoyez ce formulaire à la RAMQ par la poste ou par télécopieur : 418 646-8110

**Régie de l'assurance maladie du Québec**
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

**4072** *229 23/02*

## 2 CONSENTEMENT À LA PRISE EN CHARGE TEMPORAIRE (suite)

| Nom et prénom | Numéro de pratique |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli pour fournir le nom du ou des médecins qui acceptent de prendre en charge vos patients vulnérables inscrits pendant la durée de votre congé, **dans le cas où vous ne faites partie d'aucun groupe de pratique, selon les termes du sous-paragraphe 6.02 C) de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, dans le lieu de pratique où vous consentez à une prise en charge temporaire.** Il permet également d'informer la Régie de la date du début de la prise de congé ainsi que de la date de la reprise de vos activités professionnelles dans le cadre du régime d'assurance maladie. Pour plus d'information, vous pouvez consulter le sous-paragraphe 11.03 E) de cette même entente particulière.

Sur réception de ce formulaire, la Régie vous attribuera un numéro de prise en charge temporaire. Ce numéro ne doit pas être utilisé pour la facturation.

### Section 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN VISÉ PAR L'ABSENCE TEMPORAIRE

Inscrire dans cette section vos nom et prénom, votre numéro de pratique ainsi que les renseignements permettant de vous contacter.

S'il s'agit d'un premier avis relatif à la cessation d'activités professionnelles pour une période donnée :

- Inscrire le type de l'absence; pour tout type d'absence autre qu'une invalidité, une maternité ou une adoption, veuillez préciser la raison;
- Inscrire la date de début de l'absence;
- Inscrire, si elle est connue, la date de reprise de vos activités professionnelles;
- Inscrire le nom du ou des sites où s'exercent vos activités professionnelles ainsi que le numéro de facturation attribué par la Régie.

### Section 2 CONSENTEMENT À LA PRISE EN CHARGE TEMPORAIRE

Inscrire les nom, prénom et numéro de pratique des médecins membres qui acceptent de prendre en charge les patients vulnérables que vous avez inscrits dans le ou les sites désignés à la section 1 pendant votre absence temporaire. Si l'espace est insuffisant, utiliser le verso du formulaire.

### Section 3 MODIFICATION OU CESSATION DE LA PRISE EN CHARGE TEMPORAIRE

Il est de votre responsabilité de communiquer à la Régie de l'assurance maladie du Québec tous les renseignements relatifs à votre absence temporaire, y compris les modifications survenant en cours d'absence.

Inscrire le numéro de prise en charge qui vous a été attribué par la Régie à la suite de la réception de votre avis d'absence temporaire. Si la modification concerne l'ajout ou le retrait d'un ou de plusieurs médecins, inscrire la date d'entrée en vigueur de la modification et remplir la section 2 en indiquant le nom du ou des médecins visés.

En cas de reprise de vos activités professionnelles à une date différente de celle prévue, inscrire la nouvelle date de reprise.

### Section 4 SIGNATURE DU MÉDECIN VISÉ PAR L'ABSENCE TEMPORAIRE

**Ce document doit être signé et daté dans tous les cas.**