

Inscription auprès d'un médecin de famille

1. a) RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE

NOM	PRÉNOM	NUMÉRO DE PRATIQUE
-----	--------	--------------------

1. b) RENSEIGNEMENTS SUR LE GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE

LE MÉDECIN DE FAMILLE DOIT REMPLIR CETTE SECTION SEULEMENT S'IL EST MEMBRE DU GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF) DANS LEQUEL LE PATIENT ACCEPTE DE S'INSCRIRE.

NOM DU GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE	NUMÉRO DE RÉFÉRENCE DU GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE	NUMÉRO DE DOSSIER
--------------------------------------	--	-------------------

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE	PRÉNOM USUEL
DATE DE NAISSANCE	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IND. RÉG. TÉLÉPHONE (DOMICILE)
		IND. RÉG. TÉLÉPHONE (BUREAU)
		POSTE
		LANGUE DE CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
ADRESSE POSTALE NUMÉRO	RUE	APPARTEMENT
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

3. LIEU DE SUIVI ET CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ

NOM DU LIEU DE SUIVI HABITUEL (POINT DE SERVICE)	CODE	DATE DE DÉBUT DU CODE	CODE	DATE DE DÉBUT DU CODE
NUMÉRO DU LIEU (POINT DE SERVICE)	DATE DE DÉBUT DE DÉSIGNATION DU LIEU (POINT DE SERVICE)	CODE	DATE DE DÉBUT DU CODE	

4. DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Je déclare que tous les renseignements fournis me concernant sont exacts. Je désigne le professionnel de la santé [voir la section 1. a)] comme mon unique médecin de famille et annule, s'il y a lieu, toute inscription antérieure. Lors d'un changement de médecin de famille, je comprends que le nom de mon nouveau médecin ainsi que le lieu de ma nouvelle inscription seront communiqués à mon médecin de famille précédent.

SIGNATURE	DATE
-----------	------

5. SECTION À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT DE LA PERSONNE ASSURÉE ÂGÉE DE MOINS DE 14 ANS OU INAPTE

NOM ET PRÉNOM DU PARENT, DU TUTEUR, DU MANDATAIRE, DU CURATEUR OU DE L'ACCOMPAGNATEUR	DANS LE CAS D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN SANS CARTE D'ASSURANCE MALADIE, INSCRIRE LE NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA MÈRE OU DU PÈRE.	
ADRESSE POSTALE NUMÉRO	RUE	APPARTEMENT
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
<input type="checkbox"/> Mère ou père	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Curateur
<input type="checkbox"/> Mandataire	<input type="checkbox"/> Accompagnateur	
	IND. RÉG. TÉLÉPHONE (DOMICILE)	IND. RÉG. TÉLÉPHONE (BUREAU)
		POSTE
SIGNATURE	DATE	

6. DÉCLARATION DU MÉDECIN DE FAMILLE

Conformément au code de déontologie du Collège des médecins du Québec, j'accepte d'être le médecin de famille de la personne assurée dont le nom figure à la section 2.

SIGNATURE	NUMÉRO DE PRATIQUE	DATE
-----------	--------------------	------

Note : Vos nom, prénom et numéro d'assurance maladie sont transmis à la Régie aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie.

CHAQUE SIGNATAIRE CONSERVE UNE COPIE.

DIRECTIVES À SUIVRE POUR REMPLIR LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

**IMPORTANT – Ne pas envoyer la copie papier du formulaire d'inscription à la Régie.
Remplir un seul formulaire par personne (EN LETTRES MAJUSCULES).**

Inscription auprès d'un médecin de famille affilié à un groupe de médecine de famille (GMF)

- 1) Remplir les sections 1. a) et 1. b).
- 2) Remplir les sections appropriées, selon la situation de la personne assurée (sections 2, 3 et 5).
- 3) Faire signer le formulaire par la personne assurée (section 4).
- 4) Faire signer le formulaire par le médecin de famille (section 6).
- 5) Remettre une copie du formulaire signé à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant et conserver l'original dans le dossier.
- 6) Remettre le document d'information *Inscription auprès d'un médecin de famille (4107)* à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant.
- 7) Remettre le document *Renseignements sur les groupes de médecine de famille (4095)* à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant.
- 8) Transmettre l'inscription en utilisant le service en ligne de la Régie.
- 9) Faire signer le [Formulaire de consentement au partage et à la communication des renseignements sur l'utilisateur \(AH-888 DT9000\)](#) par la personne assurée ou son représentant, le cas échéant, et conserver l'original dans le dossier. Vous trouverez ce formulaire dans la même page Web que le formulaire *Inscription auprès d'un médecin de famille (4096)*.

Inscription auprès d'un médecin de famille non affilié à un groupe de médecine de famille (hors GMF)

- 1) Remplir la section 1. a).
- 2) Remplir les sections appropriées, selon la situation de la personne assurée (sections 2, 3 et 5).
- 3) Faire signer le formulaire par la personne assurée (section 4).
- 4) Faire signer le formulaire par le médecin de famille (section 6).
- 5) Remettre une copie du formulaire signé à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant et conserver l'original dans le dossier.
- 6) Remettre le document d'information *Inscription auprès d'un médecin de famille (4107)* à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant.
- 7) Transmettre l'inscription en utilisant le service en ligne de la Régie ou un logiciel d'inscription approuvé par la Régie.
- 8) Faire signer le [Formulaire de consentement au partage et à la communication des renseignements sur l'utilisateur \(AH-888 DT9000\)](#) par la personne assurée ou son représentant, le cas échéant, et conserver l'original dans le dossier. Vous trouverez ce formulaire dans la même page Web que le formulaire *Inscription auprès d'un médecin de famille (4096)*.

La Régie n'accepte aucune inscription par téléphone, par télécopieur ou par la poste.