

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE

Nom	Prénom	Numéro de pratique
-----	--------	--------------------

2. MOTIF DE LA DEMANDE (Référez-vous au guide de remplissage au verso du formulaire pour plus de renseignements.)

ADMISSIBILITÉ DE MA CLIENTÈLE	<p>Je demande que les modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille soient appliquées à ma clientèle inscrite, pour la raison cochée ci-dessous :</p> <p><input type="checkbox"/> Je prends ma retraite au cours des 24 prochains mois.</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis dans un état d'invalidité partielle.</p> <p><input type="checkbox"/> Je réoriente ma pratique.</p>	<p>Date de début d'admissibilité de ma clientèle</p> <table border="1"> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table>	Année	Mois	Jour																					
Année	Mois	Jour																								
RETOUR À LA PRATIQUE	<p>J'ai repris la pratique et je demande que les modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille cessent d'être appliquées à la clientèle toujours inscrite à mon nom, à compter du</p>	<table border="1"> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table>	Année	Mois	Jour																					
Année	Mois	Jour																								
CORRECTION	<p>Je souhaite modifier la période où les modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille sont ou étaient appliquées à ma clientèle inscrite.</p> <p>Indiquer la période à corriger</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Indiquer la nouvelle période</p>	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Date de début</td> <td colspan="3">Date de fin</td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Date de début</td> <td colspan="3">Date de fin</td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table>	Date de début			Date de fin			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	Date de début			Date de fin			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Date de début			Date de fin																							
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour																					
Date de début			Date de fin																							
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour																					

3. INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

--

4. SIGNATURE DU MÉDECIN DE FAMILLE

Signature _____	Année	Mois	Jour
-----------------	-------	------	------

Envoyez ce formulaire à la RAMQ
par la poste

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

ou par télécopieur : 418 646-8110

À QUI S'ADRESSE CE FORMULAIRE?

Ce formulaire s'adresse au médecin qui, en vertu de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, souhaite demander à la Régie que les modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille soient appliquées à sa clientèle pour l'une des trois raisons ci-après :

- le médecin prend une retraite totale à une date connue et au plus tard vingt-quatre mois après sa demande;
- le médecin est dans un état d'invalidité partielle pour une période suffisamment longue;
- le médecin réoriente graduellement ou partiellement sa pratique vers une pratique autre que de première ligne.

Ce formulaire s'adresse également au médecin qui reprend sa pratique et qui souhaite que les modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille cessent d'être appliquées à la clientèle toujours inscrite à son nom.

GUIDE DE REMPLISSAGE

1. Remplissez la section « Renseignements sur le médecin de famille ».
2. Remplissez la section portant sur le motif de votre demande :
 - À la section « Admissibilité de ma clientèle », inscrivez la raison pour laquelle vous souhaitez que les modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille soient appliquées à votre clientèle inscrite ainsi que la date de prise d'effet;
 - À la section « Retour à la pratique », donnez la date à laquelle vous recommencez à pratiquer, donc celle où vous ne souhaitez plus que les modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille s'appliquent à votre clientèle;
 - À la section « Correction », inscrivez sur la ligne du haut la période qui fait l'objet d'une correction. Indiquez sur la ligne du bas la nouvelle période à consigner à votre dossier.
3. Remplissez au besoin la section « Information complémentaire ».
4. Remplissez la section « Signature du médecin de famille ». Ce document doit être signé et daté dans tous les cas.

Lorsque votre demande sera traitée, vous en serez informé par courrier postal ou électronique. Le rapport **Admissibilité de la clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille**, disponible dans le service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé, vous permet également de vérifier que le changement a été effectué.