

1. Identification du médecin qui accepte le transfert

Prénom	Nom	Numéro de pratique 1
--------	-----	-------------------------

2. Identification du médecin qui transfère ses patients

Prénom	Nom	Numéro de pratique 1
--------	-----	-------------------------

Situation du médecin

- Retraite totale
 Retraite progressive
 Réorientation et cessation de prise en charge et de suivi
 Radiation permanente ou abandon de la pratique
 Radiation provisoire de plus de 24 mois

Date de début de la radiation ANNÉE MOIS JOUR	Date de fin de la radiation ANNÉE MOIS JOUR
--	--

- Non-participation ou désengagement
 Déménagement dans un lieu ne permettant plus la prise en charge de sa clientèle. Précisez le lieu ci-dessous.

Numéro du lieu de suivi	Nom du lieu de suivi
-------------------------	----------------------

- Décès. Identifiez ci-dessous le coordonnateur médical local.

Prénom du coordonnateur médical local	Nom du coordonnateur médical local	Numéro de pratique	Numéro d'établissement
---------------------------------------	------------------------------------	--------------------	------------------------

3. Informations sur le transfert

Type de transfert

- Groupe
 Individuel

Est-ce le premier transfert du médecin vers celui qui accepte le transfert?
 Oui Non

Date du transfert ANNÉE MOIS JOUR	Nombre de patients à transférer au médecin indiqué à la section 1
--------------------------------------	---

4. Lieu où seront suivis les patients

Identification du GMF (s'il y a lieu)

Numéro du GMF	Nom du GMF
---------------	------------

Identification du lieu de suivi

Numéro du lieu de suivi	Nom du lieu de suivi	Numéro de téléphone (public ¹)
-------------------------	----------------------	--

Adresse du lieu de suivi

Numéro	Rue
--------	-----

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Nom de la personne-ressource	Numéro de téléphone (privé ²)	Poste
------------------------------	---	-------

1. Numéro de téléphone transmis au patient pour la prise d'un rendez-vous.

2. Numéro de téléphone de la clinique pour que nous puissions joindre la personne-ressource rapidement.

S'il s'agit d'une entente de transfert pour la prise en charge en bloc de patients par un **groupe de médecins**, joignez, dans un même envoi, tous les formulaires remplis et signés par les médecins visés par la prise en charge en bloc. Assurez-vous également de remplir la section 5.

5. Informations sur les autres médecins du groupe

- La totalité des patients inscrits auprès du médecin indiqué à la section 2 doit être prise en charge par le groupe de médecins.
- Le lieu de suivi des patients doit demeurer le même ou faire partie du même GMF.

Si ces deux conditions ne sont pas respectées, vous devez effectuer des transferts individuels.

Prénom du médecin	Nom du médecin	Numéro de pratique	Nombre de patients à transférer à ce médecin

Si vous avez besoin d'espace additionnel, vous pouvez inscrire les informations dans un document séparé.

6. Liste des patients à transférer

Transmettez électroniquement la liste des patients à transférer en utilisant l'option **Transfert en bloc de patients inscrits – Transmettre une liste** du service en ligne **Inscription de la clientèle des professionnels de la santé**. Inscrivez le ou les numéros de regroupement générés lors de la transmission de votre liste de patients. Vous trouverez cette information dans la section **Résumé de la transaction**.

Numéro(s) de regroupement

Pour que nous puissions traiter votre demande de transfert en bloc, nous devons recevoir les deux documents suivants :

- Liste des patients à transférer, par le service en ligne
- Formulaire d'entente de transfert (4381) par la poste ou par télécopieur (vous n'avez pas à joindre la liste de vos patients à votre formulaire)

Si vous n'utilisez pas le service en ligne, joignez la liste des patients à transférer au formulaire d'entente de transfert (4381) en indiquant les informations suivantes pour chaque patient à transférer :

- Numéro d'assurance maladie
- Nom de famille et prénom

Cette liste ne doit contenir que les patients à transférer.

7. Engagement des médecins visés par l'entente de transfert

Chaque médecin qui accepte le transfert s'engage à :

- Obtenir le consentement de chaque patient transféré au moment de sa première visite en lui faisant signer une copie du formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille (4096), comme le prévoit l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*
- Nous transmettre une copie de l'entente de transfert 15 jours avant la date du transfert en bloc

Signature du médecin indiqué à la section 1

Date

Signature du médecin ou du coordonnateur médical local indiqué à la section 2

Date

Transmettez-nous un seul exemplaire de ce formulaire **au plus tard 15 jours avant** la date du transfert par télécopieur au 418 646-8110 ou par la poste :

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