

**1. Identification du médecin responsable du groupe de médecins**

Prénom du médecin responsable	Nom du médecin responsable	Numéro de pratique 1
-------------------------------	----------------------------	-------------------------

**2. Identification du médecin qui prend sa retraite, réoriente sa pratique, déménage ou est décédé**

Prénom du médecin	Nom du médecin	Numéro de pratique 1
Situation du médecin		
<input type="checkbox"/> Retraite totale		
<input type="checkbox"/> Retraite progressive		
<input type="checkbox"/> Réorientation et cessation de prise en charge et de suivi		
<input type="checkbox"/> Déménagement dans un lieu ne permettant plus la prise en charge de la clientèle (précisez le lieu ci-dessous)		
→ Numéro du lieu de suivi	Nom du lieu de suivi	
<input type="checkbox"/> Décès (précisez ci-dessous le coordonnateur médical local)		
→ Prénom du coordonnateur médical local	Nom du coordonnateur médical local	Numéro de pratique
		Numéro d'établissement

**3. Lieu d'inscription en première ligne où seront suivis les patients**

<b>Identification du GMF (s'il y a lieu)</b>			
Numéro du GMF	Nom du GMF		
<b>Identification du lieu où seront suivis les patients</b>			
Numéro du lieu de suivi	Nom du lieu de suivi		
Numéro	Rue		
Ville	Province	Code postal	
Nom de la personne-ressource	Numéro de téléphone (privé <sup>1</sup> )	Poste	

1. Numéro de téléphone de la clinique permettant de joindre rapidement la personne-ressource de cette entente.

**4. Autres informations sur le lieu d'inscription**

<b>Région du Québec rattachée au lieu d'inscription de première ligne</b>			
Numéro	Région		
<b>Guichet d'accès à la première ligne (GAP)</b>		<b>Guichet d'accès à la clientèle orpheline (GACO)</b>	
Numéro de téléphone <sup>2</sup>	Poste	Numéro de téléphone <sup>3</sup>	Poste

2. Numéro de téléphone du GAP de votre région pour la prise d'un rendez-vous par le patient.

3. Numéro de téléphone du GACO de votre région en cas de refus par le patient de sa prise en charge par le groupe de médecins.

## 5. Informations sur les patients

Date de début d'inscription

Année

Mois

Jour

Nombre de patients inscrits au groupe de médecins

### Liste des patients inscrits au groupe de médecins

Veillez joindre la liste des patients inscrits en groupe en indiquant les informations suivantes pour chacun d'eux :

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

Cette liste ne doit contenir que les patients transférés.

## 6. Autorisation des médecins visés par l'entente

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin indiqué à la section 1

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin indiqué à la section 2

\_\_\_\_\_  
Date

Retournez **un seul exemplaire** de ce formulaire d'entente et la liste des patients inscrits au groupe de médecins **30 jours avant** la date de début d'inscription.

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