

1. Identification du médecin responsable du groupe de médecins

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

2. Identification du médecin qui transfère ses patients

Prénom	Nom	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"/> Radiation permanente ou abandon de la pratique <input type="checkbox"/> Radiation provisoire de plus de 24 mois <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Date de début de la radiation</td> <td style="width: 50%;">Date de fin de la radiation</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ANNÉE MOIS JOUR</td> <td style="text-align: center;">ANNÉE MOIS JOUR</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Non-participation ou désengagement <input type="checkbox"/> Déménagement dans un lieu ne permettant plus la prise en charge de sa clientèle. Précisez le lieu ci-dessous. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Numéro du lieu de suivi</td> <td style="width: 50%;">Nom du lieu de suivi</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Décès. Identifiez ci-dessous le coordonnateur médical local. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Prénom du coordonnateur médical local</td> <td style="width: 25%;">Nom du coordonnateur médical local</td> <td style="width: 25%;">Numéro de pratique</td> <td style="width: 25%;">Numéro d'établissement</td> </tr> </table>			Date de début de la radiation	Date de fin de la radiation	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR	Numéro du lieu de suivi	Nom du lieu de suivi	Prénom du coordonnateur médical local	Nom du coordonnateur médical local	Numéro de pratique	Numéro d'établissement
Date de début de la radiation	Date de fin de la radiation											
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR											
Numéro du lieu de suivi	Nom du lieu de suivi											
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

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		
Adresse du lieu de suivi			
Numéro	Rue		
Ville	Province	Code postal	
Nom de la personne-ressource	Numéro de téléphone (privé ¹)	Poste	

4. Autres informations sur le lieu d'inscription

Région du Québec rattachée au lieu d'inscription de première ligne	
Numéro	Région
Guichet d'accès à la clientèle orpheline (GACO)	
Numéro de téléphone ²	Poste

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

2. 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 à inscrire auprès du groupe de médecins

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 d'inscription de patients, nous devons recevoir les deux documents suivants :

- Liste des patients à inscrire auprès du groupe, par le service en ligne
- Formulaire d'entente pour l'inscription (4517) 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 pour l'inscription (4517) 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.

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

En cas de divergence entre les informations présentées dans ce formulaire et celles figurant dans le service en ligne, les informations du service en ligne prévalent.

Transmettez-nous un seul exemplaire de ce formulaire **au plus tard 15 jours avant** la date de début d'inscription 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