

### 1. Identification du médecin responsable du groupe

Prénom	Nom	Numéro du professionnel

### 2. Lieu du groupe de médecins

Numéro d'établissement	Nom

### 3. Identification du médecin du groupe visé par une absence

Prénom	Nom	Numéro du professionnel

#### Raison de l'absence

- Maternité     
 Paternité     
 Adoption     
 Invalidité totale de plus de 13 semaines

IMPORTANT : S'il y a lieu, le médecin visé doit nous informer officiellement de son absence pour la mise à jour de son dossier.

### 4. Trimestres d'application

Veillez cocher les trimestres pour lesquels le médecin visé est absent et pour lesquels votre groupe de médecins a atteint sa cible.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> juin 2022 au 31 août 2022        | <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> septembre 2022 au 30 novembre 2022 |
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> décembre 2022 au 28 février 2023 | <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> mars 2023 au 31 mai 2023           |
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> juin 2023 au 31 août 2023        | <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> septembre 2023 au 30 novembre 2023 |
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> décembre 2023 au 29 février 2024 | <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> mars 2024 au 31 mai 2024           |

### 5. Signature du médecin responsable du groupe

En tant que médecin responsable du groupe, je confirme que le médecin identifié à la section 3 est réputé avoir atteint la cible du groupe pour les trimestres précisés à la section 4.

<hr/> Signature	<hr/> Date
-----------------	------------

Veillez nous transmettre votre demande à l'adresse courriel suivante :  
[registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca).

## À quoi sert cette demande?

Le médecin responsable d'un groupe de médecins doit remplir ce formulaire lorsque les trois critères suivants sont remplis :

- son groupe de médecins a atteint sa cible pour un trimestre donné;
- un médecin de son groupe est en congé de maternité, de paternité, d'adoption ou d'invalidité totale de plus de 13 semaines;
- le médecin absent participe à la mesure pour l'inscription de groupe pour les patients en attente au GAMF, sans toutefois participer à la mesure pour l'accès aux patients sans médecin de famille – GMF-AR, ni à la mesure pour l'accès en temps opportun pour les patients inscrits à un médecin de famille.

Nous considérons alors que le médecin en congé est réputé avoir atteint la cible comme les autres médecins de son groupe. Cette information nous permettra de calculer de façon conforme le montant qui doit lui être versé pour son supplément au volume de patients inscrits.

Avant de remplir ce formulaire, en tant que médecin responsable du groupe, vous devez vérifier si votre groupe de médecins respecte l'offre médicale déterminée dans l'orchestrateur à l'aide du *Rapport de disponibilité GAP pour inscrits de groupe*.

**Attention :** Ce formulaire doit nous être transmis uniquement lorsqu'un groupe de médecins atteint sa cible pour un trimestre donné.

### 1. Identification du médecin responsable du groupe

Inscrivez votre prénom, votre nom et votre numéro de professionnel. Vous devez être le médecin responsable désigné de votre cabinet ou de votre GMF.

### 2. Lieu du groupe de médecins

Inscrivez le numéro et le nom de l'établissement (cabinet) où votre groupe de médecins a pris une entente afin d'inscrire collectivement un nombre de patients en attente au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).

### 3. Identification du médecin du groupe visé par une absence

Inscrivez le prénom, le nom et le numéro de professionnel du médecin du groupe qui ne peut pas facturer de services relativement à la mesure pour l'inscription de groupe, puisqu'il est en congé pour l'une des raisons suivantes :

- maternité;
- paternité;
- adoption;
- invalidité totale de plus de 13 semaines.

Cochez également la case correspondant à la raison de son absence.

**Note :** Veuillez remplir un formulaire par médecin visé par une absence.

### 4. Trimestres d'application

Cochez la ou les cases correspondant au trimestre où le médecin absent n'a pas été en mesure de facturer le forfait trimestriel alors que votre groupe de médecins a atteint sa cible.

Aucun avis ne peut être accepté pour un trimestre dans le futur.

### 5. Signature du médecin responsable du groupe

Signez et datez ce formulaire afin de confirmer que le médecin identifié à la section 3 est réputé avoir atteint la cible du groupe pour les trimestres précisés à la section 4.

### Transmission du formulaire

Transmettez ce formulaire à l'adresse courriel indiquée dans les 90 jours suivant un trimestre.