

**1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE**

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

**Section A - Modification d'une inscription individuelle**
**1A. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE INSCRITE**

Numéro d'assurance maladie	Nom de famille à la naissance	Prénom usuel
Date de naissance Année Mois Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

**2A. CODES DE VULNÉRABILITÉ**

<b>Ajout</b> <input type="checkbox"/> <b>Annulation</b> <input type="checkbox"/>	Indiquez le ou les codes que vous désirez ajouter ou annuler	Code	Date de début de l'ajout Année Mois Jour	Code	Date de début de l'ajout Année Mois Jour	
		Code	Date de début de l'ajout Année Mois Jour			
<b>Correction</b> <input type="checkbox"/> <b>Remplacer</b> ↓ <b>par</b>	Inscrivez sur la ligne du haut le code erroné. Vis-à-vis, sur la ligne du bas, indiquez le code exact et sa date de début.					
	Code	Date de début Année Mois Jour	Code	Date de début Année Mois Jour	Code	Date de début Année Mois Jour
	Code	Date de début Année Mois Jour	Code	Date de début Année Mois Jour	Code	Date de début Année Mois Jour

**3A. LIEU DE SUIVI HABITUEL**

Changement de lieu de suivi : <input type="checkbox"/> Correction : <input type="checkbox"/>	Inscrivez ci-dessous le lieu de suivi habituel à inscrire au dossier.				
Nom du lieu de suivi habituel à inscrire au dossier	Numéro de lieu	Date de début de désignation du lieu	Année	Mois	Jour

**4A. DÉSINSCRIPTION**

Annuler une inscription envoyée par erreur <input type="checkbox"/>	Mettre fin à une inscription <input type="checkbox"/>	Date de fin d'inscription :	Année	Mois	Jour
---	---	-----------------------------	-------	------	------

**Section B - Modification de plusieurs inscriptions**
**1B. LIEU DE SUIVI HABITUEL DE LA CLIENTÈLE**

Changement de lieu de suivi : <input type="checkbox"/> Correction : <input type="checkbox"/>	Précisez ci-dessous le lieu de suivi actuel de la clientèle visée par le changement.				
Nom du lieu de suivi actuel					Numéro de lieu
▼ est remplacé par ▼	Indiquez ci-dessous le nouveau lieu de suivi habituel de la clientèle.				
Nom du nouveau lieu de suivi habituel	Numéro de lieu	Date de début de désignation du nouveau lieu	Année	Mois	Jour

**2B. DÉSINSCRIPTION**

Annuler des inscriptions envoyées par erreur <input type="checkbox"/>	Mettre fin à des inscriptions <input type="checkbox"/>	Date de fin d'inscription :	Année	Mois	Jour
---	--	-----------------------------	-------	------	------

**3B. CLIENTÈLE VISÉE PAR LA MODIFICATION (à remplir obligatoirement si vous vous servez de la section B du formulaire)**

Toutes les inscriptions : <input type="checkbox"/> Liste : <input type="checkbox"/>	Si le changement du lieu de suivi ou la désinscription ne touche qu'une partie de la clientèle, joignez à ce document la liste des personnes visées par la modification en indiquant dans l'ordre : ▼				
Numéro d'assurance maladie	Nom de famille à la naissance	Prénom usuel			

**4. RENSEIGNEMENTS SUR LE SIGNATAIRE**

Nom et prénom du signataire (en lettres majuscules)								
Signature :					Date :	Année	Mois	Jour

**Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF**

**IMPORTANT** : La Régie n'accepte aucune demande de modification d'une inscription par téléphone. De plus, toute demande doit être envoyée à la Régie dans les **90 jours** suivant la date de prise d'effet de la modification, après quoi, elle sera refusée. Dans ce cas, elle pourra être soumise à nouveau à compter de la date du prochain examen ou thérapie.

1. Remplissez d'abord la section « Renseignements sur le médecin de famille ».
2. Remplissez ensuite la section correspondant à votre situation :
  - Section A pour **modifier une inscription individuelle** (ajout, annulation ou correction d'un code de vulnérabilité, changement ou correction du lieu de suivi ou fin d'une inscription).
  - Section B pour **modifier plusieurs inscriptions** (changement ou correction du lieu de suivi ou fin de plusieurs inscriptions).

Les autres instructions de remplissage se trouvent sur le formulaire.

3. Dans le cas de la modification de plusieurs inscriptions, si le changement ne touche qu'une partie de la clientèle d'un lieu de suivi, n'oubliez pas de joindre la liste des personnes inscrites visées par la modification (voir **3B**).
4. Inscrivez, à la section « RENSEIGNEMENT SUR LE SIGNATAIRE », le nom et prénom du médecin ou de la personne autorisée ou mandatée. Ce document doit être signé et daté dans tous les cas.
5. Envoyez ce formulaire à la RAMQ  
par la poste ou par télécopieur : 418 646-8110  
**Régie de l'assurance maladie du Québec**  
C. P. 6600, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7T3
6. Une copie du formulaire doit être conservée dans le dossier de votre patient.

Vous ne recevrez **aucun accusé de réception** de votre demande de modification. Vous pourrez vérifier que le changement a été effectué sur Internet par l'entremise des services en ligne ou sur le prochain état de compte que vous recevrez au regard du forfait annuel d'inscription générale ou du paiement trimestriel du forfait relatif à la clientèle vulnérable, le cas échéant.

Vous n'avez **pas besoin de nous informer des modifications** concernant le numéro d'assurance maladie, le nom ou l'adresse des personnes inscrites ou de leur représentant.

**Vous pouvez modifier vos inscriptions instantanément et sans frais, en utilisant les services en ligne aux professionnels de la Régie : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/sel>.**