

A - Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle

1 - Renseignements sur la personne assurée

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

2 - Déclaration de la personne assurée

Je désigne le professionnel de la santé mentionné à la section 5 comme mon unique médecin de famille et annule, s'il y a lieu, toute inscription antérieure.

Signature

X

Date

A | M | J

3 - Renseignements sur le représentant de la personne assurée âgée de moins de 14 ans ou inapte

Nom de famille du représentant		Prénom	
Le représentant agit à titre de :			
<input type="checkbox"/> titulaire de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> mandataire <input type="checkbox"/> curateur			
Dans le cas d'un enfant de moins d'un an sans carte, inscrire le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père.		Numéro d'assurance maladie	
Signature du représentant		Date	
X		A M J	

4 - Caractéristiques

Nom du lieu du suivi habituel		Code	Date de début du code
			A M J
Numéro de cabinet - code de localité ou numéro d'établissement		Code	Date de début du code
			A M J
Date de début de désignation du lieu	Code		Date de début du code
A M J			A M J

5 - Renseignements sur le médecin de famille

Nom		Prénom		Numéro de pratique	
J'accepte, conformément à mon code de déontologie, d'être le médecin de famille de la personne assurée nommée à la section 1 ou 6.					
Signature				Date	
X				A M J	

B - Examen médical périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans inclusivement (P.G.2.2.6B)

6 - Renseignements sur l'enfant

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

7 - Déclaration du représentant de l'enfant

Nom du titulaire de l'autorité parentale		Prénom	
S'il s'agit d'un enfant sans numéro d'assurance maladie, veuillez inscrire le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père.		Numéro d'assurance maladie	
Je désigne le professionnel de la santé mentionné à la section 5 comme l'unique médecin de famille de l'enfant nommé ci-dessus et annule, s'il y a lieu, toute inscription antérieure.			
Signature du représentant			Date
X			A M J

INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

A - Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont convenu d'une entente relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle.

Dans le cadre de cette entente particulière, votre médecin doit vous demander de remplir le présent formulaire. Celui-ci vous permet de désigner votre médecin de famille, celui qui prend en charge et qui assure le suivi des soins requis par votre santé, en d'autres termes, votre médecin habituel.

Voici les conditions pour pouvoir remplir ce formulaire :

- être âgé de 70 ans ou plus;
- ou avoir entre 0 et 69 ans, et vous trouver dans une situation qui répond à certains critères prévus à l'entente particulière (ce que seul votre médecin a le droit de déterminer);
- et, **dans les deux cas**, posséder une carte d'assurance maladie valide.

La date figurant dans la section 2, « Déclaration de la personne assurée, » correspond à la date de début de l'engagement et elle doit correspondre à la date d'un examen ou d'une thérapie effectué par votre médecin de famille.

Vous devez désigner comme votre médecin de famille habituel un seul médecin omnipraticien. Vous pouvez cependant changer de médecin de famille si vous le désirez. Pour ce faire, vous n'avez qu'à signer un nouveau formulaire chez le médecin que vous voulez désigner comme votre médecin de famille. Vous ne devez pas vous adresser à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour effectuer ce changement.

Ce formulaire n'a pas pour effet de vous empêcher de consulter d'autres médecins omnipraticiens ou spécialistes et vous demeurez libre de signer ou non le formulaire.

B - Examen médical périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans inclusivement (P.G.2.2.6B)

Pour inscrire un enfant âgé de 0 à 5 ans inclusivement auprès d'un médecin de famille, il faut remplir la partie B du formulaire. La signature du formulaire par le parent ou un représentant légal ainsi que le médecin, sert à le désigner comme le médecin qui assurera le suivi de l'enfant.

La date figurant dans la section « Déclaration du représentant de l'enfant » correspond à la date de début de l'engagement et elle doit correspondre à la date d'un examen de l'enfant effectué par son médecin de famille.