

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Le formulaire de consentement doit être **signé par tous les médecins du groupe** et être **accompagné du Tableau d'évaluation du nombre de patients inscrits pondérés** dûment complété (en format Excel). La demande doit être envoyée par courriel à l'établissement selon les coordonnées présentées à l'annexe VI du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (Programme GMF).

Date : _____

À la suite de votre consentement à procéder à l'évaluation préalable du nombre de patients inscrits pondérés dans le but d'adhérer au Programme GMF, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en partenariat avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), analysera les données les plus récentes de facturation disponibles dans les banques de données de la RAMQ (base de données sur les services rendus à l'acte et base de données sur les inscriptions auprès d'un médecin). Par la suite, les résultats quant au nombre de patients inscrits pondérés vous seront transmis par l'intermédiaire de l'établissement.

Nous, médecins signataires de ce formulaire, demandons et autorisons le MSSS à évaluer notre patientèle en vue d'adhérer au Programme GMF :

Nom (lettres moulées)	Numéro de permis	Nom et adresse de la clinique	Signature

