

## ADHÉSION AU RÉGIME DE CONGÉ À TRAITEMENT DIFFÉRÉ \*

MÉDECINS OMNIPRATICIENS - DENTISTES - OPTOMÉTRISTES

### Professionnel

NOM	PRÉNOM	N° DU PROFESSIONNEL
-----	--------	---------------------

### Établissement

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE L'ÉTABLISSEMENT
------------------------	-----------------------

### Modalités de l'entente

DURÉE DE PARTICIPATION AU RÉGIME <input type="checkbox"/> 2 ANS <input type="checkbox"/> 3 ANS <input type="checkbox"/> 4 ANS <input type="checkbox"/> 5 ANS		DATES DU _____ AU _____
DURÉE DU CONGÉ <input type="checkbox"/> 6 MOIS <input type="checkbox"/> 7 MOIS <input type="checkbox"/> 8 MOIS <input type="checkbox"/> 9 MOIS <input type="checkbox"/> 10 MOIS <input type="checkbox"/> 11 MOIS <input type="checkbox"/> 12 MOIS		DATES DU _____ AU _____
POURCENTAGE DE CONTRIBUTION À RETENIR NOMBRE D'HEURES À L'AVIS DE SERVICE		OMNIPRATICIENS SEULEMENT OPTION DE RÉMUNÉRATION POUR LE CONGÉ <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> RÉMUNÉRATION MAJORÉE
POURCENTAGE DE CONTRIBUTION..... %		

### Signature du professionnel

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives au régime de congé à traitement différé qui me sont applicables et qui sont contenues dans l'entente à l'application de laquelle je suis assujéti et j'en accepte les modalités.	SIGNATURE	DATE ANNÉE    MOIS    JOUR
--	-----------	-------------------------------

### Signature de la personne responsable qui autorise le congé

En tant que chef du département de médecine générale ou chef du service dentaire ou chef du service optométrique (ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, en tant que personne qui remplace ledit chef), j'autorise le congé à traitement différé selon les termes et conditions figurant dans le présent formulaire d'adhésion.	SIGNATURE	DATE ANNÉE    MOIS    JOUR
--	-----------	-------------------------------

Ce formulaire d'adhésion doit être expédié à la Régie à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Service du règlement  
Case postale 6600  
Québec (Québec) G1K 7T3

Ou par télécopieur au 418 643-7585.

\* Vous trouverez les textes relatifs au régime dans l'annexe intitulée « Avantages sociaux » de votre entente.