Régie de l'assurance maladie Québec

ADHÉSION AU RÉGIME DE CONGÉ À TRAITEMENT DIFFÉRÉ *

MÉDECINS OMNIPRATICIENS - DENTISTES - OPTOMÉTRISTES

Professionnel

NOM	PRÉNOM	Nº DU PROFESSIONNEL

Établissement

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	Nº DE L'ÉTABLISSEMENT

Modalités de l'entente

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

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 assujetti 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 RAMQ à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
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.*