

**Déclaration de pratique principale continue dans les territoires désignés**  
Rémunération différente  
**Annexe XII - FMOQ**

**IMPORTANT : La pratique principale** dans les territoires désignés **représente au moins 75 % de la pratique totale** dans le cadre du régime d'assurance maladie en termes de jours de pratique. Le calcul se fait sur la base de l'année civile. **Une pratique est dite continue** lorsqu'elle est exercée sans interruption de plus de 24 mois. Le dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente n'est pas considéré dans le calcul du 75 %.

Pour les fins du calcul de vos années de pratique, la Régie doit connaître votre date d'arrivée et, s'il y a lieu, de départ de chaque municipalité située en territoires désignés. (art. 3.1 et 4.5)

**Identité du médecin omnipraticien**

|                                       |                    |
|---------------------------------------|--------------------|
| Nom et prénom (en lettres majuscules) | Numéro de pratique |
|                                       | 1                  |

**Adresse de correspondance**

|              |          |             |
|--------------|----------|-------------|
| NUMÉRO       | RUE      | BUREAU      |
|              |          |             |
| MUNICIPALITÉ | PROVINCE | CODE POSTAL |
|              | QUÉBEC   |             |

**Lieu actuel de pratique principale en territoires désignés**

|                        |                |       |      |      |
|------------------------|----------------|-------|------|------|
| MUNICIPALITÉ           |                |       |      |      |
| NOM DE L'ÉTABLISSEMENT | Date d'arrivée | ANNÉE | MOIS | JOUR |
|                        |                |       |      |      |

**Lieux antérieurs de pratique principale en territoires désignés (s'il y a lieu)**

|                        |         |                |                |
|------------------------|---------|----------------|----------------|
| MUNICIPALITÉ           |         |                |                |
| NOM DE L'ÉTABLISSEMENT | Période | DATE D'ARRIVÉE | DATE DE DÉPART |
|                        |         | ANNÉE          | ANNÉE          |
|                        |         | MOIS           | MOIS           |
|                        |         | JOUR           | JOUR           |

|                        |         |                |                |
|------------------------|---------|----------------|----------------|
| MUNICIPALITÉ           |         |                |                |
| NOM DE L'ÉTABLISSEMENT | Période | DATE D'ARRIVÉE | DATE DE DÉPART |
|                        |         | ANNÉE          | ANNÉE          |
|                        |         | MOIS           | MOIS           |
|                        |         | JOUR           | JOUR           |

|                        |         |                |                |
|------------------------|---------|----------------|----------------|
| MUNICIPALITÉ           |         |                |                |
| NOM DE L'ÉTABLISSEMENT | Période | DATE D'ARRIVÉE | DATE DE DÉPART |
|                        |         | ANNÉE          | ANNÉE          |
|                        |         | MOIS           | MOIS           |
|                        |         | JOUR           | JOUR           |

**Renseignements complémentaires (s'il y a lieu)**

|   |
|---|
| Envoyez ce formulaire à la RAMQ               |
| par la poste                                  |
| <b>Régie de l'assurance maladie du Québec</b> |
| C. P. 6600, succ. Terminus                    |
| Québec (Québec) G1K 7T3                       |
| Ou  |
| par télécopieur : 418 646-8110                |

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais et complets.  
SIGNATURE DU MÉDECIN

|      |       |      |      |
|------|-------|------|------|
| DATE | ANNÉE | MOIS | JOUR |
|      |       |      |      |