

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 QUÉBEC	CODE POSTAL

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
Régie de l'assurance maladie du Québec
 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