

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. 5.3)

Identité du médecin omnipraticien

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

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	ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE DÉPART	ANNÉE	MOIS	JOUR

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

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

Renseignements complémentaires (s'il y a lieu)

--

Retourner le présent formulaire :

• **par télécopieur : 418 646-8110**

• **par la poste :**

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et de l'inscription des professionnels
Case postale 15000
Québec (QC) G1K 9H9

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

SIGNATURE DU MÉDECIN	DATE
	ANNÉE MOIS JOUR