

**PROGRAMME D'ALLOCATION DE CONGÉ D'ADOPTION AU BÉNÉFICE  
DU MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE, À TARIF HORAIRE OU À LA VACATION  
FMOQ-MSSS**

**I. DEMANDE D'ADHÉSION**

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_  
(nom et prénom en lettres moulées)

désire me prévaloir du programme d'allocation de congé d'adoption au bénéfice du médecin rémunéré à l'acte, à tarif horaire ou à la vacation, conclu entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

**II. QUESTIONNAIRE RELATIF AU PROGRAMME D'ALLOCATION DE CONGÉ D'ADOPTION FMOQ-MSSS**

1. Date de la prise en charge effective de l'enfant: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
jour mois année

2. Date du début de la rémunération de ma pratique à l'acte, à tarif horaire ou à la vacation :  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
jour mois année

3. J'exerce en cabinet privé depuis \_\_\_\_\_. Au moment de prendre mon congé d'adoption, j'exerçais ou j'exercerai en cabinet privé. Étant donné que je devrai assumer des frais de cabinet durant ce congé, je désire obtenir le forfait payable à titre de compensation spécifique pour frais de bureau, lequel sera calculé sur ma rémunération de base en cabinet : oui  non

4. La période de \_\_\_\_\_ semaines (maximum six (6) semaines) pendant laquelle je prévois ne pas exercer à l'acte, à tarif horaire ou à la vacation sera du :  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
jour mois année jour mois année

4.1 Conformément à l'article 2.5 de l'annexe XVI, la répartition de la période durant laquelle le médecin se voit accorder une allocation doit commencer un dimanche et se terminer un samedi.

5. Pour les fins de calcul de la rémunération de base moyenne hebdomadaire, la période de référence de douze (12) mois **se terminant 5 mois avant la date de la demande d'allocation** comprend : \_\_\_\_\_ semaines d'inactivité ou d'activité diminuée due à l'invalidité,  à un autre congé d'adoption,  au déplacement hors du Québec en vue de l'adoption,  à la date du début de ma pratique rémunérée à l'acte, à tarif horaire ou à la vacation,  autre  ; expliquer :

\_\_\_\_\_

Période d'inactivité ou d'activité diminuée du \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
jour mois année jour mois année

**NOTE :** Dans les trente (30) jours suivant la date de réception de votre demande d'adhésion, le comité paritaire vous informera de sa décision quant :

- à votre admissibilité au programme ;
- au montant de votre allocation ;
- au montant du forfait accordé à titre de compensation spécifique pour frais de bureau, s'il y a lieu ;

et vous fera parvenir un contrat d'engagement à ne plus exercer votre profession dans le cadre du régime de l'assurance-maladie ou dans le cadre d'un programme administré par la RAMQ.

À compter de la date de la réception de cette décision du comité paritaire, vous devrez :

- avertir le comité paritaire, verbalement ou par écrit, du début effectif de la période pour laquelle l'allocation pour congé d'adoption est accordée, cette date sera confirmée par écrit, à vous ainsi qu'à la RAMQ ;
- faire parvenir l'ordonnance de placement de l'enfant au membre du comité dont l'adresse apparaît ci-dessous.

### III. DOCUMENT À ANNEXER

Vous êtes prié(e) de joindre les documents suivants à votre demande d'adhésion :

- les pièces attestant de la prise en charge effective de l'enfant ;
- formulaire intitulé « **autorisation de divulgation de renseignements** » dûment signé  
le formulaire d'autorisation de divulgation de renseignements à transmettre à la Régie par courriel à [Registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:Registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca).

### V. SIGNATURE

Je déclare que tous les renseignements fournis dans ce formulaire et les documents annexés sont exacts et complets.

En vertu de quoi, j'ai signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20\_\_.

(ville) (date)

\_\_\_\_\_  
(signature)

\_\_\_\_\_  
(Numéro de permis de pratique du CMQ)

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : ( ) - \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prrière de retourner cette demande d'adhésion à la FMOQ à l'adresse suivante :

**Fédération des médecins omnipraticiens du Québec**

Comité paritaire – Programme d'allocation de congé  
d'adoption 2, Place Alexis Nihon, 20<sup>ème</sup> étage  
2000 – 3500, boul. De Maisonneuve Ouest  
Westmount, QC H3Z 3C1