

## 1. DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES

**Référence :** annexes 19, 20 et 44 de l'Entente (voir Brochure 1)

### 1.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les médecins spécialistes admissibles aux mesures incitatives le formulaire *Demande de remboursement des mesures incitatives* (3336) ainsi que le formulaire *Demande de paiement – Programme de développement professionnel et de maintien des compétences – Annexe 44 – FMSQ* (4188).

- # Pour obtenir des exemplaires de ces formulaires, consulter le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Les formulaires peuvent être imprimés en cliquant sur le lien disponible.

Les renseignements à fournir sont ceux exigibles en vertu de la Loi, des règlements et de l'Entente et qui sont nécessaires à l'appréciation des demandes.

**Chaque type de mesure incitative (ressourcement, prime d'éloignement, frais de déménagement, frais de sortie) doit faire l'objet d'une demande de remboursement séparée.**

Ne jamais écrire au verso des formulaires de demande.

De préférence, remplir le formulaire en lettres détachées.

Toute erreur ou omission (date, identification du professionnel, signature) entraînera l'annulation de la demande.

**Remarque :** Pour ce qui est de **la prime de rétention et de revalorisation**, il appartient au médecin de faire la première demande à la Régie au moyen d'une lettre adressée au Service du règlement. Par la suite, les autres versements seront effectués automatiquement tant que les conditions demeureront inchangées.

1.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - formulaire 3336 - annexes 19 et 20

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE ①	<b>DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES</b>	
<b>PROFESSIONNEL</b>		
NOM ②	PRÉNOM	N° DU PROFESSIONNEL
ENDROIT DE PRATIQUE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU LOCALITÉ	N° DE L'ÉTABLISSEMENT CODE DE LOCALITÉ	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOUR
<b>RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT</b>		
JOUR QUANTIÈME RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	01 02 03 04 05 06 07 ③	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR AU
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)		TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE
<b>PRIME D'ÉLOIGNEMENT</b>		
PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR DU ④	ANNÉE MOIS JOUR AU	<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS    MONTANT RÉCLAMÉ
<b>DÉMÉNAGEMENT</b>		
DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR ⑤	LOCALITÉ DE DÉPART LOCALITÉ D'ARRIVÉE	CODE DE LOCALITÉ CODE DE LOCALITÉ MONTANT RÉCLAMÉ
FRAIS D'ENTREPOSAGE PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR AU	ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR	MONTANT RÉCLAMÉ
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)	DATE ANNÉE MOIS JOUR	MONTANT DE L'ESTIMÉ(1) MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)
<b>SORTIE</b>		
PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR DU ⑥	ANNÉE MOIS JOUR AU	NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.
<b>DÉPLACEMENT</b>		
TYPE DE MESURE DATE ANNÉE MOIS JOUR ⑦	MOYEN DE TRANSPORT NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement	1= Auto 2= Avion 3= Taxi 4= Autres	TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>		
⑧		

Joindre toutes les pièces justificatives originales.

**SIGNATURE DU PROFESSIONNEL**

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.

SIGNATURE

⑨

DATE  
ANNÉE MOIS JOUR



3336 292 15/04

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

**DESCRIPTION DU FORMULAIRE**

- # Le formulaire est divisé en neuf parties :
  1. Numéro de contrôle externe à quatre chiffres
  2. Professionnel
  3. Ressourcement et perfectionnement
  4. Prime d'éloignement
  5. Déménagement
  6. Sortie
  7. Déplacement
  8. Renseignements complémentaires
  9. Signature du professionnel
- # **Remarque : Les quatre chiffres** que vous inscrivez comme numéro de contrôle externe dans la partie supérieure gauche du formulaire servent de référence pour toute correspondance relative à la demande de remboursement.

# 1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - parties 1 à 3

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE  
 1 0 0 0

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
DES MESURES INCITATIVES**

**PROFESSIONNEL**

<small>NOM</small> UNTEL	<small>PRÉNOM</small> Marie	<small>N° DU PROFESSIONNEL</small> 123456
<small>NOM DE L'ÉTABLISSEMENT</small> Centre de santé de l'Hématite	<small>N° DE L'ÉTABLISSEMENT</small> 91292	<small>DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT</small> ANNÉE MOIS JOUR 1 9 9 8   0 2 0 1
<small>ENDROIT DE PRATIQUE</small> OU LOCALITÉ Fermont	<small>CODE DE LOCALITÉ</small>	

**RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT**

JOUR	PÉRIODE DU						
	01	02	03	04	05	06	07
<small>QUANTIÈME</small>	11	12	13				
<small>RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)</small>	0,5	1	1				
<small>ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)</small>	263	263	263				
							<small>TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE</small> 789 00

**PRIME D'ÉLOIGNEMENT**

<small>PÉRIODE</small> DU ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS	<input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS	<small>MONTANT RÉCLAMÉ</small>
DU	AU			

**DÉMÉNAGEMENT**

<small>DATE DU DÉMÉNAGEMENT</small> ANNÉE MOIS JOUR	<small>LOCALITÉ DE DÉPART</small>	<small>CODE DE LOCALITÉ</small>
	<small>LOCALITÉ D'ARRIVÉE</small>	<small>CODE DE LOCALITÉ</small>
<small>FRAIS D'ENTREPOSAGE</small>	<small>PÉRIODE DU</small> ANNÉE MOIS JOUR	<small>MONTANT RÉCLAMÉ</small>
	AU	
<small>DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)</small>	<small>DATE</small> ANNÉE MOIS JOUR	<small>MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)</small>
		<small>MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)</small>

**SORTIE**

<small>PÉRIODE</small> DU ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR	<small>NUMÉRO DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE</small>	<small>Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.</small>
DU	AU		

**DÉPLACEMENT**

TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
	ANNÉE	MOIS	JOUR					

1= Ressourcement ou perfectionnement  
2= Sortie 3= Déménagement

1= Auto 2= Avion  
3= Taxi 4= Autres

**TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT**

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

Joindre toutes les pièces justificatives originales.

**SIGNATURE DU PROFESSIONNEL**

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	<small>SIGNATURE</small>	<small>DATE</small> ANNÉE MOIS JOUR

Régie de l'assurance maladie  
**Québec**

3336 292 15/04 **TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.**

#

4

MAJ 12 / janvier 2016 / 99

**# PARTIE 1****Numéro de contrôle externe à quatre chiffres**

C'est le numéro de contrôle externe de la demande de remboursement à remplir par le professionnel. Pour que le numéro soit accepté, il doit être :

- composé de 4 chiffres compris entre 1000 et 9998;
- différent pour chacune des demandes transmises.

**# PARTIE 2****Professionnel**

L'identité du médecin spécialiste qui demande le remboursement de mesures incitatives comporte les éléments suivants :

- NOM : nom de famille
- PRÉNOM : prénom usuel
- NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : numéro d'inscription à la Régie
- ENDROIT DE PRATIQUE : nom et numéro d'établissement **ou** le nom de la localité et le code de localité selon la liste fournie par la Régie
- DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT : année, mois, jour

**# PARTIE 3****Ressourcement et perfectionnement**

À remplir pour le remboursement des frais de ressourcement ou de perfectionnement.

**- Quantième**

Date représentée par un nombre à deux chiffres de 01 à 31.

**- Période**

Dates du début et de la fin de la période couverte par le séjour.

**- Rémunération**

Inscrire 1 ou 0,5 selon qu'il s'agit d'une journée entière ou d'une demi-journée seulement. Selon le cas, le professionnel reçoit son traitement ou l'indemnité à laquelle il a droit.

**- Allocation forfaitaire**

Montant demandé par jour en compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais). Inscrire le montant prévu à l'entente.

**- Total réclamé pour l'allocation forfaitaire**

Inscrire la somme des montants demandés.

- # Si le séjour compte plus de sept jours, utiliser un second formulaire et joindre à ce dernier une copie des pièces justificatives. Pour les frais de déplacement, voir la partie 7.

# 1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - suite - partie 4

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES																			
<b>PROFESSIONNEL</b>																			
NOM	PRÉNOM																		
N° DU PROFESSIONNEL																			
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE L'ÉTABLISSEMENT																		
ENDROIT DE PRATIQUE OU LOCALITÉ	CODE DE LOCALITÉ																		
DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT																			
ANNÉE MOIS JOUR																			
<b>RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT</b>																			
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU											
QUANTIÈME								ANNÉE	MOIS	JOUR									
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)								AU											
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								TOTAL RÉCLAME POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE											
<b>PRIME D'ÉLOIGNEMENT</b>																			
PERIODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	<input checked="" type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS		MONTANT RÉCLAMÉ										
DU	2	0	1	5	0	5	0	1	AU	2	0	1	5	0	7	3	1	4 797	50
<b>DÉMÉNAGEMENT</b>																			
DATE DU DÉMÉNAGEMENT	LOCALITÉ DE DÉPART		CODE DE LOCALITÉ																
ANNÉE MOIS JOUR	LOCALITÉ D'ARRIVÉE		CODE DE LOCALITÉ																
				MONTANT RÉCLAMÉ															
FRAIS D'ENTREPOSAGE	PÉRIODE DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	MONTANT RÉCLAMÉ											
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)	DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR	MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)	MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)													
<b>SORTIE</b>																			
PERIODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE	Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.											
DU				AU															
<b>DÉPLACEMENT</b>																			
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ											
	ANNÉE	MOIS	JOUR																
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie    3= Déménagement		1= Auto    2= Avion 3= Taxi    4= Autres		<b>TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT</b>															
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>																			
Renseignement relatif aux dépendants																			
Nom    Prénom    Date de naissance    Lien																			
Joindre toutes les pièces justificatives originales.																			
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL</b>																			
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.																			
SIGNATURE	DATE																		
	ANNÉE MOIS JOUR																		
Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>																			
3336 292 15/04    TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																			

#

## # PARTIE 4

**Prime d'éloignement****- Période**

Pour le premier versement, elle couvre au moins 10 mois consécutifs et doit s'appliquer simultanément à partir de la date d'installation et de début de pratique du professionnel dans le secteur.

Pour un versement subséquent, la demande doit être présentée à la fin de chacun des trimestres répartis comme suit :

- 1<sup>er</sup> : mai, juin, juillet;
- 2<sup>e</sup> : août, septembre, octobre;
- 3<sup>e</sup> : novembre, décembre, janvier;
- 4<sup>e</sup> : février, mars, avril.

**- Avec ou sans dépendants**

Inscrire un « X » dans la case appropriée.

**- Montant réclamé**

Montant correspondant à celui prévu à l'entente selon le secteur de pratique et la présence ou non de dépendants.

- # **Remarque :** Lorsque vous demandez la prime avec dépendants, veuillez spécifier dans la partie 8. *Renseignements complémentaires*, les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants.

# 1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - suite - partie 5

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES								
<b>PROFESSIONNEL</b>								
NOM		PRÉNOM	N° DU PROFESSIONNEL					
ENDROIT DE PRATIQUE	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DE L'ÉTABLISSEMENT					
	OU LOCALITÉ		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOUR					
		CODE DE LOCALITÉ						
<b>RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT</b>								
JOUR	01	02	03					
QUANTIÈME								
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)								
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								
			PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR					
			AU					
			TOTAL RECLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE					
<b>PRIME D'ÉLOIGNEMENT</b>								
PÉRIODE		MONTANT RÉCLAMÉ						
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU	ANNÉE MOIS JOUR					
		<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS						
<b>DÉMÉNAGEMENT</b>								
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART	CODE DE LOCALITÉ					
ANNÉE MOIS JOUR		Montréal	66546					
2 0 1 5   0 7   0 8		LOCALITÉ D'ARRIVÉE	CODE DE LOCALITÉ					
		Fermont	69761					
			MONTANT RÉCLAMÉ					
			6 469   27					
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU	MONTANT RÉCLAMÉ					
		ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR					
		AU						
DEMANDE D'AVANCE <small>(Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)</small>		DATE	MONTANT DE L'ESTIMÉ(1) MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)					
		ANNÉE MOIS JOUR						
<b>SORTIE</b>								
PÉRIODE		NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE						
DU	ANNÉE MOIS JOUR	Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.						
		A U						
<b>DÉPLACEMENT</b>								
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
	ANNÉE	MOIS	JOUR					
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement		1= Auto 2= Avion 3= Taxi 4= Autres		<b>TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT</b>				
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>								
Joindre toutes les pièces justificatives originales.								
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL</b>				Régie de l'assurance maladie Québec				
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.				SIGNATURE		DATE ANNÉE MOIS JOUR		
3336 292 15/04 TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.								

#

SPÉCIMEN



## # PARTIE 5

**Déménagement**

Cette partie comporte trois sections : frais de déménagement, frais d'entreposage et demande d'avance.

**1) Frais de déménagement**

- **Date du déménagement**
- **Localité de départ** : Localité où le professionnel était domicilié.
  - Code de localité
- **Localité d'arrivée** : Localité où le professionnel s'installe.
  - Code de localité
- **Montant réclamé** : Montant demandé pour les frais de déménagement.

**2) Frais d'entreposage**

- **Période** : Période pendant laquelle les biens du médecin sont entreposés. Utiliser **une** demande de remboursement par période de 12 mois.
- **Montant réclamé** : Montant demandé pour les frais d'entreposage.

**3) Demande d'avance**

- **Date** : Ne rien inscrire dans cette partie (ne s'applique pas chez les spécialistes).

# **Remarque** : Pour les frais de déplacement, voir la partie 7. *Déplacement*.

# 1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - suite - parties 6 et 7

<b>NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE</b>	<b>DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES</b>		
-----------------------------------	---	--	--

PROFESSIONNEL		
NOM	PRÉNOM	N° DU PROFESSIONNEL
ENDROIT DE PRATIQUE	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE L'ÉTABLISSEMENT
OU LOCALITÉ	CODE DE LOCALITÉ	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT
		ANNÉE MOIS JOUR

RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT							
JOUR	01	02	03	04	05	06	07
QUANTIÈME							PÉRIODE DU
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)							ANNÉE MOIS JOUR
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)							AU
							TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE

PRIME D'ÉLOIGNEMENT		
PERIODE	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR
DU		AU
<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS		MONTANT RÉCLAMÉ

DÉMÉNAGEMENT		
DATE DU DÉMÉNAGEMENT	LOCALITÉ DE DÉPART	CODE DE LOCALITÉ
ANNÉE MOIS JOUR		
	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	CODE DE LOCALITÉ
		MONTANT RÉCLAMÉ
FRAIS D'ENTREPOSAGE	PÉRIODE DU	MONTANT RÉCLAMÉ
	ANNÉE MOIS JOUR	
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)	DATE	MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)
	ANNÉE MOIS JOUR	
		MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)

SORTIE		
PERIODE	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR
DU		AU
	NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE	Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.

DÉPLACEMENT																				
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ												
	ANNÉE	MOIS	JOUR																	
2	2	0	1	5	0	5	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	218	Fermont	Montréal	876 <sup>1</sup> 96

1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie     3= Déménagement		1= Auto     2= Avion 3= Taxi     4= Autres		<b>TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT</b>	876 <sup>1</sup> 96
---	--	---	--	---------------------------------------	---------------------

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

Personnes qui ont effectué la sortie.

Joindre toutes les pièces justificatives originales.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL		
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE	DATE
		ANNÉE MOIS JOUR

Régie de l'assurance maladie Québec

3336 292 15/04     TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

#

10

MAJ 12 / janvier 2016 / 99

## # PARTIE 6

**Sortie**

Partie à remplir pour le remboursement des frais rattachés à une sortie.

# La partie 7. *Déplacement* devra être également remplie.

**- Période**

Dates du début et de la fin de la période couverte par la sortie.

**- Nombre de personnes ayant effectué la sortie**

Inscrire le nombre de personnes qui ont effectué la sortie.

# **Remarque** : Inscrire les nom, prénom, date de naissance et lien des personnes qui ont effectué la sortie dans la partie 8. *Renseignements complémentaires*.

## # PARTIE 7

**Déplacement**

À remplir pour demander le remboursement de frais de déplacement occasionnés par un séjour de ressourcement, de perfectionnement, d'une sortie ou d'un déménagement.

**- Type de mesure**

Inscrire le numéro correspondant à la mesure incitative à laquelle les frais de déplacement se rattachent :

- 1 = ressourcement ou perfectionnement
- 2 = sortie
- 3 = déménagement

**- Date**

Date du déplacement (année, mois, jour)

**- Moyen de transport**

Moyen de transport utilisé :

- 1 = auto (*joindre un reçu d'essence ou de stationnement*)
- 2 = avion
- 3 = taxi
- 4 = autres

**Remarque** : La demande de remboursement doit être accompagnée de l'original signé de l'attestation liée à la formation ou d'une photocopie de celle-ci. Veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.

**- Nombre de kilomètres (automobile)**

Distance unidirectionnelle, nombre de kilomètres parcourus en automobile.

**- Localité de départ/Localité d'arrivée****- Montant réclamé****- Total des frais de déplacement**

# 1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - suite - parties 8 et 9

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE	<b>DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES</b>		
<b>PROFESSIONNEL</b>			
NOM		PRÉNOM	
N° DU PROFESSIONNEL			
ENDROIT DE PRATIQUE	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU LOCALITÉ	N° DE L'ÉTABLISSEMENT CODE DE LOCALITÉ	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOUR
<b>RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT</b>			
JOUR	01	02	03
04	05	06	07
QUANTIÈME			
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)			
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)			
			PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR
			AU
			TOTAL RECLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE
<b>PRIME D'ÉLOIGNEMENT</b>			
PÉRIODE		ANNÉE MOIS JOUR	
DU	ANNÉE	MOIS	JOUR
AU	ANNÉE	MOIS	JOUR
		<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS	
			MONTANT RECLAMÉ
<b>DÉMÉNAGEMENT</b>			
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART	
ANNÉE	MOIS	JOUR	CODE DE LOCALITÉ
LOCALITÉ D'ARRIVÉE		CODE DE LOCALITÉ	
		MONTANT RECLAMÉ	
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU	
		ANNÉE MOIS JOUR	
		AU	
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)		DATE	
		ANNÉE MOIS JOUR	
		MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)	
		MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)	
<b>SORTIE</b>			
PÉRIODE		ANNÉE MOIS JOUR	
DU	ANNÉE	MOIS	JOUR
AU	ANNÉE	MOIS	JOUR
		NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE	
Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.			
<b>DÉPLACEMENT</b>			
TYPE DE MESURE	DATE		MOYEN DE TRANSPORT
	ANNÉE	MOIS	JOUR
			NOMBRE DE KM (AUTO)
			LOCALITÉ DE DÉPART
			LOCALITÉ D'ARRIVÉE
			MONTANT RECLAMÉ
1- Ressourcement ou perfectionnement 2- Sortie 3- Déménagement		1- Auto 2- Avion 3- Taxi 4- Autres	
			TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>			
UNTEL, Louis conjoint			
UNTEL, Pierre 2005-06-07 fils			
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL</b>			
Joindre toutes les pièces justificatives originales.			
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.		SIGNATURE	
		Marie Untel	
		DATE	
		ANNÉE MOIS JOUR	
		1 5   1 1   1 6	
3336 292 15/04		Régie de l'assurance maladie Québec	
<b>TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.</b>			

#

SPÉCIMEN

# PARTIE 8

**Renseignements complémentaires**

Les renseignements complémentaires relatifs aux dépendants sont essentiels au règlement lorsque vous demandez une sortie ou pour votre demande de prime d'éloignement.

# PARTIE 9

**Signature du professionnel**

- # La demande de remboursement doit être signée **à la main** et datée par le professionnel dont le nom figure à la partie 2 **ou par son mandataire**.

**Remarque :** La demande de remboursement doit être accompagnée de l'original signé de l'attestation liée à la formation ou d'une photocopie de celle-ci. Veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.

1.3 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - formulaire 4188 - annexe 44

Régie de l'assurance maladie Québec **DEMANDE DE PAIEMENT** Programme de développement professionnel et de maintien des compétences Annexe 44 – FMSQ Annexe VII – ASCBMFQ

À L'USAGE DE LA RÉGIE

**1 PROFESSIONNEL**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Numéro du professionnel \_\_\_\_\_

**2 ACTIVITÉS DE RESSOURCEMENT RECONNUES**

Cochez l'activité de ressourcement correspondant à votre situation:

Activités d'apprentissage collectif agréées  
**IMPORTANT:** Envoyez votre demande de paiement et vos pièces justificatives **DIRECTEMENT** à la Régie pour ce type de ressourcement.

Stage de formation ou de perfectionnement  
**IMPORTANT:** Assurez-vous d'obtenir l'**autorisation** des parties négociantes **AVANT** de soumettre votre demande de paiement et vos pièces justificatives à la Régie. ❶

Période des activités de ressourcement du Quantième JJ	Durée Indiquez : 0,5 pour une demi-journée ou 1 pour deux demi-journées	Plages horaires Cochez : AM, PM ou SOIR			Montant réclamé
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	\$
<b>Total :</b>					\$

Une demi-journée (0,5) correspond à une activité d'une durée minimale de trois heures consécutives. Un maximum de deux demi-journées est payable par jour.

**3 TEMPS DE DÉPLACEMENT** *Seulement pour les professionnels visés par la note ❷.*

Nombre d'heures : \_\_\_\_\_ Montant réclamé : \_\_\_\_\_ \$

**4 FRAIS DE DÉPLACEMENT** *Seulement pour les professionnels visés par la note ❷.*

Date AAAAMMJJ	Moyen de transport	Nombre de km	Localité de départ	Localité d'arrivée	Montant réclamé
					\$
					\$
					\$
<b>Total :</b>					\$

1 = Auto 2 = Avion 3 = Taxi 4 = Autres

SPÉCIMEN

**5 RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PIÈCE JUSTIFICATIVE :**

Joignez à ce formulaire l'attestation de présence à la formation. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité ainsi que sa durée en heures. Lorsque la durée en heures n'est pas présente, veuillez fournir la copie du programme de la formation. Joignez les pièces justificatives originales pour les frais de déplacement, lorsque la demande de paiement inclut les sections 3 et 4.

**6 SIGNATURE DU PROFESSIONNEL**

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts. SIGNATURE \_\_\_\_\_

*Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le professionnel ou son mandataire (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un stylo noir). Les photocopies, les télécopies et les tampons ne sont pas acceptés.*

L'original de la demande de paiement doit être envoyé à :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4

❶ Annexe 44 – FMSQ : Adressez-vous à la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez leurs coordonnées à l'adresse suivante : www.fmsq.org  
Annexe VII – ASCBMFQ : Adressez-vous au MSSS pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez les coordonnées du MSSS dans l'Annexe VII.

❷ Les sections 3 et 4 peuvent être remplies uniquement si la demande est faite par le médecin spécialiste qui participe à une formation dans le cadre de la lettre d'entente 198 de l'entente des médecins spécialistes. Référez-vous aux instructions de la brochure 3.

## DESCRIPTION DU FORMULAIRE

- # Le formulaire est divisé en six parties :
  1. Professionnel
  2. Activités de ressourcement reconnues
- # 3. Temps de déplacement
- # 4. Frais de déplacement
- # 5. Renseignements complémentaires
- # 6. Signature du professionnel

# 1.4 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - formulaire 4188 - annexe 44

Régie de l'assurance maladie Québec

**DEMANDE DE PAIEMENT**  
Programme de développement professionnel et de maintien des compétences  
Annexe 44 – FMSQ  
Annexe VII – ASCBMFQ

À L'USAGE DE LA RÉGIE

**1 | PROFESSIONNEL**

Nom <b>UNTEL</b>	Prénom <b>Pierre</b>	Numéro du professionnel <b>1234567</b>
---------------------	-------------------------	---

**2 | ACTIVITÉS DE RESSOURCEMENT RECONNUES**

Cochez l'activité de ressourcement correspondant à votre situation:

Activités d'apprentissage collectif agréées  
**IMPORTANT**: Envoyez votre demande de paiement et vos pièces justificatives **DIRECTEMENT** à la Régie pour ce type de ressourcement.

Stage de formation ou de perfectionnement  
**IMPORTANT**: Assurez-vous d'obtenir l'autorisation des parties négociantes **AVANT** de soumettre votre demande de paiement et vos pièces justificatives à la Régie. ❶

Période des activités de ressourcement du 2,0 A A 0,5 0 1 au 2,0 A A 0,5 0 3

Quantième JJ	Durée Indiquez : 0,5 pour une demi-journée ou 1 pour deux demi-journées	Plages horaires Cochez : AM, PM ou SOIR	Montant réclamé
02	1,00	AM <input checked="" type="checkbox"/> PM <input checked="" type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	800,00 \$
03	0,50	AM <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	400,00 \$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
<b>Total :</b>			<b>1 200,00 \$</b>

Une demi-journée (0,5) correspond à une activité d'une durée minimale de trois heures consécutives. Un maximum de deux demi-journées est payable par jour.

**3 | TEMPS DE DÉPLACEMENT** *Seulement pour les professionnels visés par la note ❷.*

Nombre d'heures :  Montant réclamé :  \$

**4 | FRAIS DE DÉPLACEMENT** *Seulement pour les professionnels visés par la note ❷.*

Date AAAAMJJ	Moyen de transport	Nombre de km	Localité de départ	Localité d'arrivée	Montant réclamé
A     M   J					\$
A     M   J					\$
A     M   J					\$
<b>Total :</b>					<b>\$</b>

1 = Auto 2 = Avion 3 = Taxi 4 = Autres

**5 | RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

**PIÈCE JUSTIFICATIVE :**  
Joignez à ce formulaire l'attestation de présence à la formation. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité ainsi que sa durée en heures. Lorsque la durée en heures n'est pas présente, veuillez fournir la copie du programme de la formation. Joignez les pièces justificatives originales pour les frais de déplacement, lorsque la demande de paiement inclut les sections 3 et 4.

**6 | SIGNATURE DU PROFESSIONNEL**

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.

SIGNATURE *Pierre Untel*

2,0 A A 0,5 0 3

Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le professionnel ou son mandataire (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un stylo noir). Les photocopies, les télécopies et les tampons ne sont pas acceptés.

L'original de la demande de paiement doit être envoyé à :  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4

❶ Annexe 44 – FMSQ : Adressez-vous à la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez leurs coordonnées à l'adresse suivante : www.fmsq.org  
Annexe VII – ASCBMFQ : Adressez-vous au MSSS pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez les coordonnées du MSSS dans l'Annexe VII.

❷ Les sections 3 et 4 peuvent être remplies uniquement si la demande est faite par le médecin spécialiste qui participe à une formation dans le cadre de la lettre d'entente 198 de l'entente des médecins spécialistes. Référez-vous aux instructions de la brochure 3.



**PARTIE 1****Professionnel**

L'identité du médecin spécialiste qui demande le paiement d'un programme de développement professionnel et de maintien des compétences comporte les éléments suivants :

- NOM : nom de famille
- PRÉNOM : prénom usuel
- NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : numéro d'inscription à la Régie

**PARTIE 2****Activités de ressourcement reconnues**

À remplir pour le paiement des demi-journées dans le cadre du programme de développement professionnel et de maintien des compétences.

**- Identification du ressourcement****• Activités d'apprentissage collectif agréées**

Lorsque la formation est transmise par un organisme agréé selon les parties négociantes, **veuillez cocher cette case**. Voir l'annexe 44 de la *Brochure n° 1*, au sous-paragraphe 4.2 i) *Les activités d'apprentissage agréées*.

**• Stage de formation/perfectionnement**

Si la formation relève d'un stage ayant obtenu l'autorisation des parties négociantes, **veuillez cocher cette case**. Pour que le stage soit reconnu, veuillez faire parvenir une demande d'autorisation aux parties négociantes un mois avant le début du stage, à l'adresse suivante :

Fédération des médecins spécialistes du Québec  
Programme de développement professionnel et de maintien des compétences  
2, Complexe Desjardins, porte 3000  
C. P. 216, Succursale Desjardins  
Montréal (Québec) H5B 1G8

**- Période**

Dates du début et de la fin de la période couverte par le séjour (AAAAMMJJ).

**- Quantième**

Date représentée par un nombre à deux chiffres de 01 à 31.

**- Durée**

- Valeur pour une demi-journée facturée : 0,5
- Valeur pour deux demi-journées dans la même journée : 1

**- Allocation forfaitaire**

- Montant réclamé pour une demi-journée; inscrire le montant prévu à l'entente.
- Pour deux demi-journées ou pour une journée, inscrire le double du montant prévu à l'entente.

**- Plage (s) horaire (s)**

Le médecin indique par un crochet ou un « X » à quelle période de la journée le ressourcement a été suivi.

Si le ressourcement est suivi sur plus d'une plage horaire, le médecin doit indiquer toutes les plages horaires concernées.

La description des plages horaires est :

- AM (avant-midi) : 7 h 00 à 12 h 00
- PM (après-midi) : 12 h 00 à 19 h 00
- Soir : 19 h 00 à 24 h 00

**- Montant total pour l'allocation forfaitaire**

Inscrire la somme des montants réclamés.

**# PARTIE 3**

(À remplir seulement pour les médecins spécialistes qui ont participé à la formation pour le maintien des compétences en coloscopie selon la LE 198).

**Temps de déplacement****- Nombre d'heures**

Nombre d'heures de déplacement effectués pour l'aller et le retour, s'il y a lieu.

**- Montant demandé****# PARTIE 4**

(À remplir seulement pour les médecins spécialistes qui ont participé à la formation pour le maintien des compétences en coloscopie selon la LE 198).

**Frais de déplacement****- Date**

Date du déplacement (année, mois, jour)

**- Moyen de transport**

Moyen de transport utilisé :

- 1 = auto (*joindre un reçu d'essence ou de stationnement*)
- 2 = avion
- 3 = taxi
- 4 = autres

**Remarque :** La demande de remboursement doit être accompagnée de l'original signé de l'attestation liée à la formation ou d'une photocopie de celle-ci. Veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.

**- Nombre de kilomètres (automobile)**

Distance unidirectionnelle, nombre de kilomètres parcourus en automobile

**- Localité de départ/Localité d'arrivée****- Montant demandé****- Total des frais de déplacement****# PARTIE 5****Renseignements complémentaires**

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement.

**PARTIE 6****Signature du professionnel**

La demande de paiement doit être signée à la main et datée par le professionnel dont le nom figure à la partie 1 ou par son mandataire.

**Remarque :** La demande de paiement doit être accompagnée de l'original signé de l'attestation liée à la formation ou d'une photocopie de celle-ci. Veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.

**1.5 EXPÉDITION**

- # Transmettre à la Régie la copie portant une signature et conserver pendant cinq ans la copie originale en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la Régie peut requérir.
- # Lors de l'impression des formulaires à partir du site Web de la Régie, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :
  - utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
  - orientation de type « portrait »;
  - format de 100 % – taille réelle;
  - impression recto seulement;
  - une page par feuille;
  - lisible;
  - bonne qualité d'impression.
- # Joindre les pièces justificatives originales signées ou une photocopie de celles-ci à la demande de remboursement.
- # **Affranchir suffisamment et ne pas oublier d'inscrire le nom et l'adresse de l'expéditeur dans le coin supérieur gauche.**
- # Faire parvenir les demandes de remboursement concernant les mesures incitatives et le programme de développement professionnel et de maintien des compétences dans une enveloppe 22,9 cm X 30,5 cm (9 po X 12 po) à l'adresse suivante :

**Régie de l'assurance maladie du Québec**  
**Case postale 500**  
**Québec (Québec) G1K 7B4**