Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Programme de formation continue
Annexe XIX - FMOQ

PROFESSIONNEL

NOM	PRÉNOM	Nº DU PROFESSIONNEL

FORMATION CONTINUE

JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR / AU ANNÉE MOIS JOUR
QUANTIÈME								
DURÉE (1 jour ou 0,5 jour)								
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								MONTANT TOTAL DE L'ALLOCATION FORFAITAIRE

IMPORTANT : La formation doit avoir lieu un jour ouvrable (les samedis, dimanches et jours fériés sont exclus).

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

PIÈCE JUSTIFICATIVE :
L'attestation liée à la formation, dûment signée par le responsable officiel du cours de formation, doit être jointe. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable du cours de formation, la ou les dates de l'activité, la durée de l'activité de formation ainsi que la catégorie de crédits de formation attribués.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

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

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

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

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