NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

DEMANDE DE PAIEMENT

HONORAIRES FIXES ET SALARIAT

Régie de l'assurance maladie Québec

PROFESSIONNEL

PRENOM	NOM	Nº DU PROFESSIONNEL	C.S.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS

ÉTABLISSEMENT

NOM	NUMÉRO

PÉRIODE

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR

ACTIVITÉS

QUANTIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher) NUIT	AM	PM	SOIR	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
					1				2			
					3				4			
					5				6			
					7				8			
					9				10			
					11				12			
					13				14			
					15				16			
					17				18			
					19				20			
					21				22			
					23				24			
					25				26			
					27				28			
					29				30			

CONGÉS

RÉF.	CODE	DURÉE (JOURS)
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES

TOTAL DES JOURS DE CONGÉS

HEURES SUPPLÉMENTAIRES

ACCUMULATION 60 NOMBRE D'HEURES :

REMISE DE TEMPS (CODE 80)	70	QUANTIÈME	HEURES	71	QUANTIÈME	HEURES	72	QUANTIÈME	HEURES	73	QUANTIÈME	HEURES	74	QUANTIÈME	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE

80	DATE DE DÉBUT ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE FIN ANNÉE	MOIS	JOUR	CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)

À L'USAGE DE LA RÉGIE

JURÉ OU TÉMOIN

Spécifier la rémunération reçue

MONTANT $

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE

PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES	NOM EN LETTRES MOULÉES

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.

ANNÉE	MOIS	JOUR

ASSURANCE-INVALIDITÉ

Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la CNESST, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.

$

(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES	NOM EN LETTRES MOULÉES

LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

ANNÉE	MOIS	JOUR

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS. NE PAS TRANSMETTRE À LA RAMQ.