

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

# DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT

Régie de  
l'assurance maladie



## PROFESSIONNEL

PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ N° DU PROFESSIONNEL \_\_\_\_\_

C.S. \_\_\_\_\_

NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS \_\_\_\_\_

## ÉTABLISSEMENT

NOM \_\_\_\_\_ NUMÉRO \_\_\_\_\_

## PÉRIODE

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE  
DÉBUTANT LE DIMANCHE : ANNÉE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_  
SE TERMINANT LE SAMEDI : ANNÉE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_

## ACTIVITÉS

QUANTIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher)				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
	NUIT	AM	PM	SOIR								
					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		

## HEURES SUPPLÉMENTAIRES

ACCUMULATION 60 NOMBRE D'HEURES : \_\_\_\_\_

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES \_\_\_\_\_

TOTAL DES JOURS DE CONGÉS \_\_\_\_\_

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

## 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) \_\_\_\_\_



## JURÉ OU TÉMOIN

Spécifier la rémunération reçue \_\_\_\_\_ \$

## 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 \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

## 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)

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.