

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES

PROFESSIONNEL

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

RESSOURCEMENT* ET PERFECTIONNEMENT

JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU		
QUANTIÈME								ANNÉE	MOIS	JOUR
RÉMUNÉRATION (1 ou 0,5 jour. Le chirurgien-dentiste ne peut pas demander 0,5 jour.)								AU		
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)								TOTAL DEMANDÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE		

PRIME D'ÉLOIGNEMENT

PÉRIODE		ANNÉE		MOIS	JOUR	ANNÉE		MOIS	JOUR	<input type="checkbox"/> AVEC PERSONNES À CHARGE <input type="checkbox"/> SANS PERSONNES À CHARGE		MONTANT DEMANDÉ
DU						AU						

DÉMÉNAGEMENT

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

SORTIE

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

DÉPLACEMENT

TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT DEMANDÉ
	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

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
--	-----------	-------------------------	--

TRANSMETTEZ-NOUS UNE COPIE DU FORMULAIRE SIGNÉ ET CONSERVEZ L'ORIGINAL
PENDANT CINQ ANS. JOIGNEZ TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES ORIGINALES.