

DEMANDE DE PAIEMENT

Programme de développement professionnel
 et de maintien des compétences
 Annexe 44 – FMSQ
 Annexe VII – ASCBMFQ

À L'USAGE DE LA RAMQ

--

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 RAMQ 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 RAMQ. **1**

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

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 **2**.

Nombre d'heures :	Montant demandé : \$
-------------------	----------------------

4. FRAIS DE DÉPLACEMENT Seulement pour les professionnels visés par la note **2**.

Date			Moyen de transport	Nombre de km	Localité de départ	Localité d'arrivée	Montant demandé	
Année	Mois	Jour						
							\$	
							\$	
							\$	
1 = Auto 2 = Avion 3 = Taxi 4 = Autres							Total :	\$

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	DATE
		Année Mois Jour

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
 C. P. 500, succ. Terminus
 Québec (Québec) G1K 7B4

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

2 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 du *Guide de facturation – Mesures incitatives*.