

MANUEL DES OMNIPRATICIENS

BROCHURE N° 3

(n° 106)

*Régie de
l'assurance maladie*

Québec



Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination

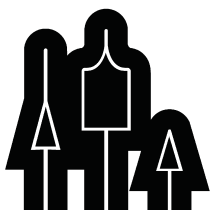
Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

ISBN : 978-2-550-50223-4



**MANUEL DES OMNIPRATICIENS
BROCHURE NO 3
MESURES INCITATIVES ET
PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE**

MISE À JOUR : 12

MAI 2018

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les pages décalées

- TABLE DES MATIÈRES

- Modifications administratives

Page : 1

- DEMANDE DE REMBOURSEMENT – MESURES INCITATIVES ET PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE

- Modifications administratives

Page : 16

- MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications administratives

Page : 5

NOTE : Cette mise à jour comprend l'information publiée dans les infolettres suivantes :
231 / 8 novembre 2017, 274 / 8 décembre 2017, 053 / 11 mai 2018.

La légende suivante est en vigueur depuis janvier 2015.

LÉGENDE

- Les signes inscrits dans la marge de gauche signifient :

: Modification ou ajout de contenu administratif

S : Suppression de contenu administratif ou officiel

- *La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.*

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-50223-4

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

La Brochure n° 3 vise à renseigner les médecins omnipraticiens sur le remboursement des mesures incitatives et de formation continue prévues à votre entente.

À cet égard, elle contient notamment, des renseignements administratifs sur le remboursement des mesures incitatives et du programme de formation continue et les messages explicatifs afférents.

Lorsque le texte de la brochure est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la Gazette officielle du Québec ainsi qu'à votre entente, lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Web** (section *Professionnels*) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et modalités de facturation.

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour des manuels et brochures, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets et davantage.

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE** (Centre d'assistance aux professionnels), veuillez consulter les coordonnées à la **page suivante**.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Web :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251 (pour les commandes de manuels)

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / 99
--

MAJ = mise à jour

XX = numéro séquentiel de la mise à jour Internet ou papier

MMMM 20AA = mois et année de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur de la nouvelle entente, des amendements ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.

99 = ces deux derniers chiffres constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi, le **99** indique une *modification d'ordre administratif* (ex. : ajout d'un « **AVIS** », correction d'une erreur de transcription d'un document officiel, nouvelle présentation, etc.)

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. DEMANDES DE REMBOURSEMENT	1
1.0 AVANT-PROPOS	1
1.1 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES (<i>formulaire 3336</i>)	2
1.1.1 Description de la demande de remboursement	3
1.1.2 Rédaction de la demande de remboursement	4
1.2 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DU PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE - ANNEXE XIX (<i>formulaire 3814</i>)	16
S	
#1.3 EXPÉDITION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES (<i>formulaire 3336</i>)	16
2. PAIEMENT	1
2.1 MODE DE PAIEMENT	1
2.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
2.3 ÉTAT DE COMPTE	2
2.4 DESCRIPTION	3
2.4.1 Renseignements généraux (<i>parties 1 à 9</i>)	3
2.4.2 Sommaire	3
2.4.3 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction (<i>parties 1a à 10a</i>)	5
2.4.4 Vérification des paiements	5
2.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT	6
2.6 PAIEMENT AUTORISÉ TEL QUE RÉCLAMÉ	6
2.7 DEMANDE DE REMBOURSEMENT EN COURS DE TRAITEMENT	6
2.8 PAIEMENT REFUSÉ EN PARTIE	6
2.9 PAIEMENT REFUSÉ EN TOTALITÉ	6
2.10 MODIFICATION D'UNE DEMANDE DÉJÀ PAYÉE	6
2.11 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT	7
2.12 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS	7
2.12.1 Codes de transactions	7
3. MESSAGES EXPLICATIFS (mesures incitatives)	1

1. DEMANDES DE REMBOURSEMENT

MESURES INCITATIVES ET PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE (formulaires 3336 et 3814)

Références : Les annexes XII et XIX de l'entente générale et l'entente particulière - Médecin enseignant, section II : Activités de formation dans le cadre d'une unité de médecine familiale (voir Brochure n° 1)

1.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les médecins omnipraticiens admissibles aux mesures incitatives le formulaire *Demande de remboursement des mesures incitatives* (3336) ainsi que le formulaire *Demande de remboursement - Programme de formation continue - Annexe XIX - FMOQ* (3814).

Les formulaires 3336 et 3814 sont disponibles uniquement en version dynamique sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels, dans la section *Formulaires* de votre catégorie de professionnels.

Ces formulaires peuvent être remplis en ligne et imprimés par la suite avant d'être transmis par la poste à la Régie. Le formulaire (3814) peut aussi être rempli en ligne et transmis à la Régie par les services en ligne.

Les renseignements à fournir sont ceux qui sont exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'Entente, et qui sont nécessaires à l'appréciation de la demande de remboursement.

Chaque type de mesure incitative (ressourcement, prime d'éloignement, frais de déménagement, frais de sortie) doit faire l'objet d'une demande de remboursement séparée.

Ne jamais écrire au verso des demandes de remboursement 3336 et 3814.

De préférence, remplir les formulaires 3336 et 3814 à l'écran avant de les imprimer.

Toute erreur ou omission (date, identification du professionnel, signature) entraînera l'annulation de la demande.

1.1 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES (formulaire 3336)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1	DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES	
PROFESSIONNEL		
NOM 2	PRÉNOM	N° DU PROFESSIONNEL
ENDROIT DE PRATIQUE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU LOCALITÉ	N° DE L'ÉTABLISSEMENT CODE DE LOCALITÉ	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOUR
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT		
JOUR QUANTIÈME 3	01 02 03 04 05 06 07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)		AU
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)		TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE
PRIME D'ÉLOIGNEMENT		
PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR DU 4	ANNÉE MOIS JOUR AU	<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS MONTANT RÉCLAMÉ
DÉMÉNAGEMENT		
DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR 5	LOCALITÉ DE DÉPART LOCALITÉ D'ARRIVÉE	CODE DE LOCALITÉ CODE DE LOCALITÉ MONTANT RÉCLAMÉ
FRAIS D'ENTREPOSAGE	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR AU	ANNÉE MOIS JOUR MONTANT RÉCLAMÉ
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)	DATE ANNÉE MOIS JOUR	MONTANT DE L'ESTIMÉ(1) MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)
SORTIE		
PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR DU 6	ANNÉE MOIS JOUR AU	NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.
DÉPLACEMENT		
TYPE DE MESURE 7	DATE ANNÉE MOIS JOUR	MOYEN DE TRANSPORT NOMBRE DE KM (AUTO)
		LOCALITÉ DE DÉPART LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement	1= Auto 2= Avion 3= Taxi 4= Autres	TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		
8		

Joindre toutes les pièces justificatives originales.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL		
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE 9	DATE ANNÉE MOIS JOUR



3336 292 15/04

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1.1.1 Description de la demande de remboursement**# Description du formulaire**

La demande de remboursement comporte neuf parties :

1. Numéro de contrôle externe à quatre chiffres
2. Professionnel
3. Ressourcement et perfectionnement
4. Prime d'éloignement
5. Déménagement
6. Sortie
7. Déplacement
8. Renseignements complémentaires
9. Signature du professionnel

Remarque : Les quatre chiffres que vous inscrivez comme numéro de contrôle externe dans la partie supérieure gauche du formulaire servent de référence pour toute correspondance relative à la demande de remboursement.

1.1.2 Rédaction de la demande de remboursement (parties 1 à 3)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 0		DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES								
PROFESSIONNEL										
NOM UNTEL		PRÉNOM Pierre		N° DU PROFESSIONNEL 123456						
ENDROIT DE PRATIQUE	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT Centre hospitalier de Sept-Iles		N° DE L'ÉTABLISSEMENT 02693		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT					
	LOCALITÉ Sept-Iles		CODE DE LOCALITÉ 69711		ANNÉE MOIS JOUR 2 0 A A 0 6 1 5					
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT										
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU		
QUANTIÈME	15	16	17					ANNÉE	MOIS	JOUR
								2 0 A A 0 6 1 5		
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	1	1	1					AU		
								2 0 A A 0 6 1 7		
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)	180	180	180					TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE		540 00
PRIME D'ÉLOIGNEMENT										
PÉRIODE DU		ANNÉE 	MOIS 	JOUR 	ANNÉE 	MOIS 	JOUR 	<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS		MONTANT RÉCLAMÉ
DÉMÉNAGEMENT										
DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR		LOCALITÉ DE DÉPART		CODE DE LOCALITÉ						
ANNÉE MOIS JOUR		LOCALITÉ D'ARRIVÉE		CODE DE LOCALITÉ						
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		MONTANT RÉCLAMÉ		
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)		DATE		ANNÉE MOIS JOUR		MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)		MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)		
SORTIE										
PÉRIODE DU		ANNÉE 	MOIS 	JOUR 	ANNÉE 	MOIS 	JOUR 	NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE		
								Inscire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.		
DÉPLACEMENT										
TYPE DE MESURE	DATE		MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ			
	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										
Joindre toutes les pièces justificatives originales.										
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL										
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.				SIGNATURE						
				DATE ANNÉE MOIS JOUR						
3336 292 15/04 TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.										
Régie de l'assurance maladie Québec										

1.1.2 Rédaction de la demande de remboursement (partie 3 - Selon les activités de formation dans le cadre d'une unité de médecine familiale)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES						
PROFESSIONNEL			NOM		PRÉNOM		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	
QUANTIÈME	15	16	17					
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	1	1	1					
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)	180	180	180					
						PÉRIODE DU		
						ANNÉE MOIS JOUR		
						2 0 A A 0 6 1 5		
						AU		
						2 0 A A 0 6 1 7		
						TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE		
						540 00		
PRIME D'ÉLOIGNEMENT								
PÉRIODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		MONTANT RÉCLAMÉ		
DU		AU						
				<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS		<input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS		
DÉMÉNAGEMENT								
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART			CODE DE LOCALITÉ			
ANNÉE MOIS JOUR								
		LOCALITÉ D'ARRIVÉE			CODE DE LOCALITÉ			
					MONTANT RÉCLAMÉ			
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		
		AU						
						MONTANT RÉCLAMÉ		
DEMANDE D'AVANCE		DATE		ANNÉE MOIS JOUR		MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)		
(Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)						MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)		
SORTIE								
PÉRIODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE		
DU		AU						
						Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.		
DÉPLACEMENT								
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
	ANNÉE	MOIS	JOUR					
1= Ressourcement ou perfectionnement		3= Déménagement		1= Auto 2= Avion		TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT		
2= Sortie		4= Autres						
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES								
- Formation continue en UMF								
- Nom et numéro d'établissement de l'UMF								
Joindre toutes les pièces justificatives originales.								
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL								
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.				SIGNATURE		DATE		
						ANNÉE MOIS JOUR		
3336 292 15/04		TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.				Régie de l'assurance maladie Québec		

1.1.2 Rédaction de la demande de remboursement (parties 3, 7 et 8 - Selon la Lettre d'entente n° 249)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 	DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES	
--------------------------------	---	--

PROFESSIONNEL			
NOM UNTEL	PRÉNOM Pierre	N° DU PROFESSIONNEL 123456	
ENDROIT DE PRATIQUE	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT CLSC du CSSS de l'Hématite	N° DE L'ÉTABLISSEMENT 91292	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT
	LOCALITÉ	CODE DE LOCALITÉ	ANNÉE MOIS JOUR 2 0 A A 0 6 1 5

RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT									
JOUR	01	02	03	04	05	06	07		PÉRIODE DU
QUANTIÈME	15	16	17						ANNÉE MOIS JOUR 2 0 A A 0 6 1 5
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	Note : Ne rien inscrire sur cette ligne.							AU	ANNÉE MOIS JOUR 2 0 A A 0 6 1 7
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)	226	226	226						TOTAL RECLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE 678 00

PRIME D'ÉLOIGNEMENT									
PÉRIODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR			MONTANT RECLAMÉ
DU				AU				<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS	

DÉMÉNAGEMENT								
DATE DU DÉMÉNAGEMENT	LOCALITÉ DE DÉPART	CODE DE LOCALITÉ						
ANNÉE MOIS JOUR								
	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	CODE DE LOCALITÉ		MONTANT RECLAMÉ				
FRAIS D'ENTREPOSAGE	PÉRIODE DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	MONTANT RECLAMÉ
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)	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	
DU				AU				Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.	

DÉPLACEMENT									
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RECLAMÉ	
	ANNÉE	MOIS	JOUR						
1	2 0 A A 0 6 1 5			2		Fermont	Montréal	525 00	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> 1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement 1= Auto 2= Avion 3= Taxi 4= Autres </div>								TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT	525 00

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
- Ateliers du programme de formation en accès adapté - Lettre d'entente n° 249

Joindre toutes les pièces justificatives originales.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL		
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE <i>Pierre Untel</i>	DATE ANNÉE MOIS JOUR A A 0 7 0 2



3336 292 15/04

**TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE
ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.**

PARTIE 1

Numéro de contrôle externe

C'est le numéro de contrôle externe de la demande de remboursement à remplir par le professionnel. Pour que le numéro soit accepté, il doit être :

- composé de 4 chiffres compris entre 1000 et 9998;
- différent pour chacune des demandes transmises.

PARTIE 2

Professionnel

L'identité du médecin omnipraticien qui demande le remboursement de mesures incitatives comporte les éléments suivants :

- NOM : nom de famille;
- PRÉNOM : prénom usuel;
- NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : numéro d'inscription à la Régie;
- ENDROIT DE PRATIQUE : nom et numéro d'établissement ou le nom de la localité et le code de localité selon la liste fournie par la Régie.
- Le médecin qui utilise des journées de formation continue en UMF doit inscrire le nom et le numéro de l'établissement de l'UMF où il pratique.
- DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT : année, mois, jour.

PARTIE 3

Ressourcement et perfectionnement

À remplir pour le remboursement des frais de ressourcement ou de perfectionnement, la formation continue dans le cadre de l'**entente particulière relative au médecin enseignant**, section II UMF et formation en accès adapté dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 249*.

Remarque : Le médecin à honoraires fixes qui utilise, au cours de sa première année d'exercice, le solde de ses jours de perfectionnement, et qui demande l'allocation forfaitaire et des frais de déplacement, doit l'inscrire dans la partie 8 **Renseignements complémentaires**.

Le médecin qui utilise des journées de formation continue en UMF et qui demande l'allocation forfaitaire en compensation des frais de séjour doit l'inscrire dans la partie 8 **Renseignements complémentaires**.

Le médecin qui suit un atelier selon la *Lettre d'entente n° 249* et qui demande l'allocation forfaitaire en compensation des frais de séjour ou des frais de déplacement doit l'inscrire dans la partie 8 **Renseignements complémentaires**.

- Quantième :

Date représentée par un nombre à deux chiffres de 01 à 31.

- Période :

Dates du début et de la fin de la période couverte par le séjour.

- Rémunération :

Inscrire 1 ou 0,5 selon qu'il s'agit d'une journée entière ou d'une demi-journée seulement. Selon le cas, le professionnel reçoit son traitement ou l'indemnité à laquelle il a droit.

Le médecin qui utilise des journées de formation continue en UMF ne doit rien inscrire dans cette section. Il doit les facturer sur la *Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat* (1216) ou la *Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (1215) selon son mode de rémunération.

Le médecin qui utilise des journées de formation selon la *Lettre d'entente n° 249* ne doit rien inscrire dans cette section. Il doit les facturer sur la *Demande de paiement - Médecin* (1200).

- Allocation forfaitaire :

Montant demandé par jour en compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais); inscrire le montant prévu à l'Entente.

- Montant demandé pour l'allocation forfaitaire :

Inscrire la somme des montants demandés.

Si le séjour compte plus de sept jours, utiliser un second formulaire et joindre à ce dernier une copie des pièces justificatives. Pour les frais de déplacement voir la partie 7.

1.1.2 Rédaction de la demande de remboursement - suite (partie 4)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES																				
PROFESSIONNEL																				
NOM		PRÉNOM	N° DU PROFESSIONNEL																	
ENDRIT DE PRATIQUE	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DE L'ÉTABLISSEMENT																	
	OU LOCALITÉ		CODE DE LOCALITÉ																	
			DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDRIT ANNÉE MOIS JOUR																	
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT																				
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU												
QUANTIÈME								ANNÉE	MOIS	JOUR										
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)								AU												
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE												
PRIME D'ÉLOIGNEMENT																				
PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR				MONTANT RÉCLAMÉ														
DU	2	0	A	A	0	2	0	1	AU	2	0	A	A	1	1	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS	<input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS	7 034 17
DÉMÉNAGEMENT																				
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART		CODE DE LOCALITÉ																
ANNÉE	MOIS	JOUR	LOCALITÉ D'ARRIVÉE		CODE DE LOCALITÉ		MONTANT RÉCLAMÉ													
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		MONTANT RÉCLAMÉ												
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)		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		Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants 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 RÉCLAMÉ												
	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																				
Renseignement relatif aux dépendants																				
Nom		Prénom		Date de naissance		Lien														
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												

3336 292 15/04

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

PARTIE 4

Prime d'éloignement

- **Partie à remplir pour le premier versement de la prime. Par la suite, les autres primes seront versées automatiquement.** Le paiement de la prime est effectué dans le mois qui suit le trimestre.

Les trimestres se répartissent comme suit :

- 1^{er} : mai, juin, juillet;
- 2^e : août, septembre, octobre;
- 3^e : novembre, décembre, janvier;
- 4^e : février, mars, avril.

- Période :

Pour obtenir le premier versement de la prime la période doit couvrir au moins dix mois consécutifs à partir de la date d'installation et de début de pratique du professionnel dans le secteur.

- Avec ou sans dépendant :

Inscrire un « X » dans la case appropriée.

- Montant réclamé :

Montant correspondant à celui prévu à l'Entente selon le secteur de pratique et la présence ou non de dépendants.

Remarque : Lorsque vous demandez la prime avec dépendant, veuillez spécifier dans **la partie 8 Renseignements complémentaires**, les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants.

1.1.2 Rédaction de la demande de remboursement - suite (partie 5)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE _____		DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES								
PROFESSIONNEL										
NOM		PRÉNOM		N° DU PROFESSIONNEL						
EN DROIT 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 jour ou 0,5 jour)								AU		
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								TOTAL RÉCLAME POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE		
PRIME D'ÉLOIGNEMENT										
PÉRIODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS		<input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS		MONTANT RÉCLAMÉ
DU		AU								
DÉMÉNAGEMENT										
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART		CODE DE LOCALITÉ						
ANNÉE MOIS JOUR		Montréal		66546						
2 0 A A 0 6 0 1		LOCALITÉ D'ARRIVÉE		CODE DE LOCALITÉ						MONTANT RÉCLAMÉ
		Fermont		69761						5 549 98
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR				MONTANT RÉCLAMÉ
		AU								
DEMANDE D'AVANCE		DATE		ANNÉE MOIS JOUR		MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)		MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)		
(Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)										
SORTIE										
PÉRIODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE		Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants 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 RÉCLAMÉ		
	ANNÉE	MOIS	JOUR							
1= Ressourcement ou perfectionnement		1= Auto 2= Avion						TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT		
2= Sortie 3= Déménagement		3= Taxi 4= Autres								
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES										
Joindre toutes les pièces justificatives originales.										
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL										
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.						SIGNATURE		DATE ANNÉE MOIS JOUR		
3336 292 15/04 TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.										
						Régie de l'assurance maladie Québec				

PARTIE 5

Déménagement

Cette partie comporte trois rubriques : frais de déménagement, frais d'entreposage et demande d'avance.

1) Frais de déménagement

- **Date du déménagement**
- **Localité de départ** : Localité où le professionnel était domicilié.
- *Code de localité*
- **Localité d'arrivée** : Localité où le professionnel s'installe.
- *Code de localité*
- **Montant réclamé** : Montant demandé pour les frais de déménagement.

2) Frais d'entreposage :

- **Période** : Période pendant laquelle les biens du médecin sont entreposés. Utiliser **une** demande de remboursement par période de 12 mois.
- **Montant réclamé** : Montant demandé pour les frais d'entreposage.

3) Demande d'avance :

- **Date** : Date à laquelle la demande d'avance est effectuée.
- **Montant de l'estimé (1)** : Montant de la première évaluation des coûts de déménagement.
- **Montant de l'estimé (2)** : Montant de la deuxième évaluation des coûts de déménagement.

Remarque : - Pour les frais de déplacement, voir **la partie 7 Déplacement**.
- Le montant de l'avance sera déduit du montant payé pour les frais de déménagement.

1.1.2 Rédaction de la demande de remboursement - suite (parties 6 et 7)

<small>NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE</small>	DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES									
PROFESSIONNEL										
<small>NOM</small>		<small>PRÉNOM</small>								
<small>N° DU PROFESSIONNEL</small>										
ENDROIT DE PRATIQUE	<small>NOM DE L'ÉTABLISSEMENT</small>		<small>N° DE L'ÉTABLISSEMENT</small>							
	<small>OU LOCALITÉ</small>		<small>CODE DE LOCALITÉ</small>							
			<small>DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT</small> ANNÉE MOIS JOUR							
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT										
<small>JOUR</small>	<small>01</small>	<small>02</small>	<small>03</small>							
<small>04</small>	<small>05</small>	<small>06</small>	<small>07</small>							
<small>QUANTIÈME</small>										
<small>RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)</small>										
			<small>PÉRIODE DU</small> ANNÉE MOIS JOUR							
			<small>AU</small>							
<small>ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)</small>			<small>TOTAL RÉCLAME POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE</small>							
PRIME D'ÉLOIGNEMENT										
<small>PÉRIODE</small>		<small>ANNÉE MOIS JOUR</small>								
<small>DU</small>	<small>ANNÉE</small>	<small>MOIS</small>	<small>JOUR</small>							
<small>AU</small>	<small>ANNÉE</small>	<small>MOIS</small>	<small>JOUR</small>							
<input type="checkbox"/> <small>AVEC DÉPENDANTS</small>		<input type="checkbox"/> <small>SANS DÉPENDANTS</small>								
			<small>MONTANT RÉCLAMÉ</small>							
DÉMÉNAGEMENT										
<small>DATE DU DÉMÉNAGEMENT</small>		<small>LOCALITÉ DE DÉPART</small>								
<small>ANNÉE</small>	<small>MOIS</small>	<small>JOUR</small>	<small>CODE DE LOCALITÉ</small>							
		<small>LOCALITÉ D'ARRIVÉE</small>								
		<small>CODE DE LOCALITÉ</small>								
		<small>MONTANT RÉCLAMÉ</small>								
<small>FRAIS D'ENTREPOSAGE</small>		<small>PÉRIODE DU</small>								
		<small>ANNÉE MOIS JOUR</small>								
		<small>ANNÉE MOIS JOUR</small>								
		<small>AU</small>								
<small>DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)</small>		<small>DATE</small>	<small>MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)</small>							
		<small>ANNÉE MOIS JOUR</small>	<small>MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)</small>							
SORTIE										
<small>PÉRIODE</small>		<small>ANNÉE MOIS JOUR</small>								
<small>DU</small>	<small>ANNÉE</small>	<small>MOIS</small>	<small>JOUR</small>							
<small>AU</small>	<small>ANNÉE</small>	<small>MOIS</small>	<small>JOUR</small>							
		<small>NUMÉRO DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE</small>	<small>Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.</small>							
DÉPLACEMENT										
<small>TYPE DE MESURE</small>	<small>DATE</small>			<small>MOYEN DE TRANSPORT</small>	<small>NUMÉRO DE KM (AUTO)</small>	<small>LOCALITÉ DE DÉPART</small>	<small>LOCALITÉ D'ARRIVÉE</small>	<small>MONTANT RÉCLAMÉ</small>		
	<small>ANNÉE</small>	<small>MOIS</small>	<small>JOUR</small>							
2	2,0	A	A	0,6	1,5	1	1217	Fermont	Montréal	876,24
										TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT
										876,24
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES										
Personnes qui ont effectué la sortie.										
Joindre toutes les pièces justificatives originales.										
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL										
<small>J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.</small>				<small>SIGNATURE</small>				<small>DATE</small> ANNÉE MOIS JOUR		
<small>Régie de l'assurance maladie Québec</small>										
<small>3336 292 15/04 TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.</small>										

PARTIE 6

Sortie

Partie à remplir pour le remboursement des frais rattachés à une sortie. **La partie 7 Déplacement** devra être également remplie.

- Période :

Dates du début et de la fin de la période couverte par la sortie.

- Nombre de personnes ayant effectué la sortie :

Indiquer le nombre de personnes qui ont effectué la sortie.

Remarque : Inscrire les nom, prénom, date de naissance et lien des personnes qui ont effectué la sortie dans la **partie 8 Renseignements complémentaires**.

PARTIE 7

Déplacement

À remplir pour demander le remboursement des frais de déplacement occasionnés par un séjour de ressourcement, de perfectionnement, d'une sortie ou d'un déménagement. **Remplir également pour les frais de déplacement reliés à un séjour de formation en continue en UMF (voir la 2^e partie de la remarque) ou de formation selon la Lettre d'entente n° 249 (voir la 3^e partie de la remarque).**

- Type de mesure :

Indiquer le numéro correspondant à la mesure incitative à laquelle les frais de déplacement se rattachent :

1 = ressourcement ou perfectionnement

2 = sortie

3 = déménagement

Remarque : Si les frais de déplacement sont reliés à un séjour de perfectionnement, utiliser le code « 1 » et indiquer dans la partie 8 **Renseignements complémentaires** qu'il s'agit de perfectionnement.

Si les frais de déplacement sont reliés à un séjour de formation continue en UMF, utiliser le code « 1 » et indiquer dans la partie 8 **Renseignements complémentaires** qu'il s'agit de formation continue en UMF.

Si les frais de déplacement sont reliés à un séjour de formation selon la *Lettre d'entente n° 249*, utiliser le code « 1 » et indiquer dans la partie 8 **Renseignements complémentaires** qu'il s'agit de formation en accès adapté - *LE 249*.

- Date :

Date du déplacement (année, mois, jour)

- Moyen de transport :

Moyen de transport utilisé.

1 = auto

2 = avion

3 = taxi

4 = autres

Remarque : Veuillez joindre les pièces justificatives **originales** requises (stationnement, billet d'avion, reçu de taxi et autres).

- Nombre de kilomètres (auto) :

Distance unidirectionnelle, nombre de kilomètres parcourus en automobile.

- Localité de départ/Localité d'arrivée**- Montant réclamé****- Total des frais de déplacement**

1.1.2 Rédaction de la demande de remboursement - suite (parties 8 et 9)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES								
PROFESSIONNEL								
NOM		PRÉNOM	N° DU PROFESSIONNEL					
ENDROIT DE PRATIQUE	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DE L'ÉTABLISSEMENT					
	OU LOCALITÉ		CODE DE LOCALITÉ					
			DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOUR					
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT								
JOUR	01	02	03					
QUANTIÈME								
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)								
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								
			PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR					
			AU					
			TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE					
PRIME D'ÉLOIGNEMENT								
PÉRIODE		ANNÉE MOIS JOUR						
DU		AU						
		<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS						
			MONTANT RÉCLAMÉ					
DÉMÉNAGEMENT								
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART	CODE DE LOCALITÉ					
ANNÉE MOIS JOUR								
		LOCALITÉ D'ARRIVÉE	CODE DE LOCALITÉ					
			MONTANT RÉCLAMÉ					
		FRAIS D'ENTREPOSAGE	MONTANT RÉCLAMÉ					
		PÉRIODE DU						
		ANNÉE MOIS JOUR						
		AU						
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)		DATE	MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)					
			MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)					
SORTIE								
PÉRIODE		ANNÉE MOIS JOUR						
DU		AU						
		NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE						
Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.								
DÉPLACEMENT								
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
	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								
UNTEL, Julie 1968-05-04 conjointe								
UNTEL, François 1995-04-27 fils								
Joindre toutes les pièces justificatives originales.								
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL				SIGNATURE		DATE		
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.				<i>Pierre Untel</i>		ANNÉE MOIS JOUR		
						A A 0 7 0 2		
3336 292 15/04				TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.				
				Régie de l'assurance maladie Québec				

PARTIE 8**Renseignements complémentaires**

Les renseignements complémentaires relatifs aux dépendants sont essentiels au règlement lorsque vous demandez une sortie ou pour votre première demande de prime d'éloignement.

Inscrire également si les montants d'allocation forfaitaire et les frais de déplacement sont demandés en relation avec des congés de perfectionnement, en relation avec la formation continue en UMF ou en relation à la formation selon la *Lettre d'entente n° 249*.

PARTIE 9**Signature du professionnel**

La demande de remboursement doit être signée **à la main** et datée par le professionnel dont le nom figure à la partie 2 **ou par son mandataire**.

Remarque : La demande de remboursement doit être **accompagnée de l'original des pièces justificatives** (veuillez en conserver une copie pour votre dossier).

1.2 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DU PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE - ANNEXE XIX (3814)

Le formulaire *Demande de remboursement du programme de formation continue – Annexe XIX (3814)* est disponible uniquement par le service en ligne [Facturation – Formulaires](#). Un guide expliquant comment remplir la demande est annexé.

L'attestation de présence à la formation, dûment signée par le responsable officiel de la session de formation continue, doit être conservée durant 5 ans. La Régie peut la demander en tout temps. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité, sa durée ainsi que la catégorie de crédits de formation attribués.

Dans le cas d'une formation par webdiffusion tenue au Québec, une preuve de votre présence en ligne, incluant la durée de la formation, est requise en plus de l'attestation.

Si l'attestation n'est pas produite sur demande de la Régie, l'allocation de formation continue versée sera récupérée.

S

1.3 EXPÉDITION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES (3336)

Transmettre à la Régie la copie du formulaire *Demande de remboursement des mesures incitatives (3336)* portant une signature et conserver pendant cinq ans l'original en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la Régie peut requérir.

Lors de l'impression des formulaires à partir du site Web de la Régie, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

Les pièces justificatives **originales** doivent être conservées durant cinq ans. La Régie peut en tout temps au cours de cette période vous demander de lui fournir les pièces justifiant la demande de remboursement.

Affranchir suffisamment et ne pas oublier d'inscrire le nom et l'adresse de l'expéditeur dans le coin supérieur gauche.

Faire parvenir les copies des demandes de remboursement concernant les mesures incitatives dans une enveloppe 22,9 cm X 30,5 cm (9 po X 12 po) à l'adresse suivante :

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

2. PAIEMENT

2.1 MODE DE PAIEMENT

La Régie effectue les remboursements au médecin, toutes les deux semaines, en versant directement les montants à son compte personnel dans une institution bancaire ou autre institution financière.

- # Le virement (*dépôt*) se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

2.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les 45 jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de remboursement dûment remplies.

2.3 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie. Toutefois, même en l'absence de transactions, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec						ÉTAT DE COMPTE		
Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3								
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE						DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NUMÉRO DU PAIEMENT	PAGE
NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NO DU CHÉQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE				
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-05-30	20AA-05-19 (T) 20AA-05-09 (P)	OR-22	DE 001 002	
1	2	3	4	5	6	7	8	
UNTEL ROBERT 1125, GRANDE ALLÉE OUEST QUÉBEC QC G1S 1E7 9				Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à : Québec:.....418 643-8210 Montréal:.....514 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais)1 800 463-4776				
SOMMAIRE				SPÉCIMEN				
MESSAGES GÉNÉRAUX								
OR341 4702 306 09/94						VOIR AU VERSO		

#

2.4 DESCRIPTION

L'état de compte contient, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement ou de remboursement qui font l'objet de transactions.

2.4.1 Renseignements généraux (parties 1 à 9)

1. NOM : Nom et prénom du médecin omnipraticien.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro du médecin omnipraticien ainsi que son chiffre preuve.
3. NUMÉRO DU GROUPE ou NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT : Numéro d'établissement pour le médecin omnipraticien rémunéré à honoraires fixes.
- # 4. NUMÉRO DE CHÈQUE OU VIREMENT : Le numéro du chèque ou du virement bancaire (*dépôt direct*) dont le montant correspond au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « **C** » figure entre parenthèses et dans le second cas, c'est la lettre « **V** ».
- # 5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement bancaire (*dépôt direct*) est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.
- # 6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU : Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : la lettre « **P** » papier, ou « **T** » par Internet ou par télécommunication.
7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. PAGINATION : La pagination réfère au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de huit pages.
9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le médecin omnipraticien pour l'envoi de ses états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

2.4.2 Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

- Messages généraux
- Paiements et retenues
- Description des gains - mesures incitatives
- Déductions cumulatives
- Description des codes de transactions

2^e page (et pages subséquentes) de l'état de compte

Régie de l'assurance maladie Québec										ÉTAT DE COMPTE																		
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE										DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU			NUMÉRO DU PAIEMENT			PAGE												
NOM		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL		NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT		NO DU CHÉQUE OU VIREMENT		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE		20AA-05-19 (T)			002			20AA-05-09 (P)				OR-22			DE 002					
UNTEL		ROBERT		0-00000-0		00000		00000000 V		20AA-05-30																		
NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	BASE DE CALCUL	MONTANT	RÉF. DEM.	MESSAGES	REVISION																				
								1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE																
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	9a	10a																			
			DETAIL DU PAIEMENT MESURES INCITATIVES																									
SPÉCIMEN																												
REMARQUE :										RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE																		
										FIN DU RELEVÉ																		
OR344 4702 306 09/94										VOIR AU VERSO																		

2.4.3 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction (parties 1a à 10a)

- # **1a.** NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros de contrôle externe des demandes de remboursement des frais de mesures incitatives par ordre croissant.
- 2a.** DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de remboursement des frais de mesures incitatives ou du programme de formation continue a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; exemple : AA 01 18 i.e.
 - AA pour l'année 20AA,
 - 01 pour le mois de janvier,
 - 18 pour le quantième.
- 3a.** CODE TRA : Numéros référant au code de la transaction (TRA)
- 4a.** NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
 Type de mesure, soit :
 déménagement
 prime d'éloignement
 ressourcement
 sortie
 formation continue
 Élément de mesure, soit :
 rémunération
 allocation forfaitaire
 éloignement
 déménagement
 frais d'entreposage
 demande d'avance
 déplacement
 autres frais
- 5a.** BASE DE CALCUL : Les paramètres (le cas échéant) pour calculer le montant, par exemple : le nombre d'heures (H), de journées (J), de kilomètres (K) payés ou rectifiés, ou le pourcentage (%).
Remarque : Veuillez noter que le temps de déplacement ne s'applique pas pour les frais de mesures incitatives ou pour le programme de formation continue.
- 6a.** MONTANT : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a.** RÉF. DEM. : Le numéro de référence correspond au numéro de la colonne ou de la ligne de la section de la demande de remboursement où vous avez facturé la mesure incitative concernée.
- 8a.** MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés (pour les mesures incitatives ou le programme de formation continue, le texte des messages figure sur l'état de compte).
- 9a.** RÉVISION ANTÉRIEURE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a.** RÉVISION NOUVELLE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

2.4.4 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le professionnel est soumis. Le professionnel doit conserver ses exemplaires de demandes de remboursement.

2.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Les demandes de remboursement dûment remplies sont évaluées par la Régie.

2.6 PAIEMENT AUTORISÉ TEL QUE RÉCLAMÉ

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le médecin omnipraticien. La demande de remboursement figure à l'état de compte sans code de transaction.

2.7 DEMANDE DE REMBOURSEMENT EN COURS DE TRAITEMENT

Toute demande de remboursement accompagnée du code de transaction **(TRA) 05** est en cours de traitement. Attendre qu'elle reparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, **avant d'en demander la révision ou de soumettre une nouvelle demande de remboursement.**

2.8 PAIEMENT REFUSÉ EN PARTIE

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le type de mesure figure à l'état de compte suivi du code de transaction **(TRA) 02 ou 22** et du code de message explicatif approprié.

Le médecin omnipraticien qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de remboursement doit lui présenter une **Demande de révision ou d'annulation (1549)**.

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement.

2.9 PAIEMENT REFUSÉ EN TOTALITÉ

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de remboursement figure à l'état de compte suivi du code de transaction **(TRA) 02 ou 22** et du code de message explicatif approprié. De plus, dans le cas d'un refus de paiement partiel, le type de mesure visé paraît.

Dans ce cas,

Faire une demande de révision s'il y a lieu de contester la décision de la Régie et fournir des explications à l'appui de la demande ou les pièces justificatives requises.

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement.

2.10 MODIFICATION D'UNE DEMANDE DÉJÀ PAYÉE

Le médecin omnipraticien qui désire modifier des éléments ou types de mesures déjà payés ne doit pas soumettre une nouvelle demande de remboursement, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Le délai pour demander la révision est de trois mois suivant la date du paiement. Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation (1549)*.

2.11 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Toute demande de remboursement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de remboursement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction **(TRA) 04** et du code de message explicatif approprié.

Pour obtenir paiement, le médecin omnipraticien doit **soumettre une nouvelle demande de remboursement** comportant tous les renseignements requis, dans **un délai de trois mois de la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de remboursement**.

2.12 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement ou de remboursement (codes de transactions - voir 2.12.1) et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé (codes de messages explicatifs - voir partie 3.0 - MESSAGES EXPLICATIFS).

Aucun code : Demande de paiement payée au montant demandé.

2.12.1 Codes de transactions

- 00- Demande de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifiée sur la ligne précédente.
- 02- Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
- # 03- Demande de paiement payée avant appréciation, paraîtra avec un code 10, 11 ou 12, ne pas faire de demande de révision.
- 04- Demande de paiement annulée, à resoumettre le cas échéant.
- 05- Demande de paiement reçue, en cours de traitement, paraîtra sur un état de compte subséquent.
- # 10- Rectification après appréciation (déjà parue avec code 03).
- # 11- Annulation après appréciation, à resoumettre le cas échéant (déjà parue avec code 03).
- # 12- Paiement maintenu après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 20- Demande de paiement reçue en révision, reparaitra après traitement sur un état de compte subséquent.
- 21- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.
- 22- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.
- 23- Demande de révision payée à zéro.
- 30- Intérêt sur demande de paiement.
- # 40- Ajustement rétroactif sur salaire.
- # 41- Paiement d'avantages sociaux.
- # 50- Demande de paiement reçue, traitée et retenue (faillite, saisie, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription).
(demande de paiement retenue, non payée avant appréciation)
- # 88- Paiement spécial (forfaitaire, rétroactivité, etc.).
- 90- Ajustements spéciaux de révision.
- 91 à 95- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- 96- D.P. (demande de paiement) révisée suite au problème informatique pour lequel nous vous avons émis une avance sur le paiement du XX-XX-XX.
- 97 et 98- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- 99- Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

3. MESSAGES EXPLICATIFS

MESURES INCITATIVES ET PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE

- 001** La date de début ou de fin de la période du ressourcement ou de perfectionnement est non valide, incomplète ou illisible.
- 002** La date de début ou de fin de la période de la prime d'éloignement est non valide, incomplète ou illisible.
- 003** La date du déménagement est non valide, incomplète, illisible ou absente.
- 004** La date de début ou de fin de la période des frais d'entreposage est non valide, incomplète ou illisible.
- 005** La date de la demande d'avance est non valide, incomplète, illisible ou absente.
- 006** La date de début ou de fin de la période de la sortie est non valide, incomplète, illisible ou absente.
- 007** La date du déplacement est non valide, incomplète ou illisible.
- # 008** La qualité ou le format d'impression du formulaire ou des pièces justificatives jointes ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- 009** Le code de localité du lieu de départ est invalide, illisible ou absent.
- 010** Le code de localité du lieu d'arrivée est invalide, illisible ou absent.
- 011** Le numéro de contrôle externe est absent, incomplet, illisible ou invalide. Cette demande paraît sous le numéro de contrôle externe 9999.
- 012** Le nombre de kilomètres est absent, non valide ou illisible.
- 013** Selon le type de mesures incitatives facturé, votre classement vous rend inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 014** Le montant réclamé pour l'allocation forfaitaire est non valide, incomplet ou illisible.
- 015** Le montant réclamé pour la prime d'éloignement est non valide, incomplet ou illisible.
- 016** Le montant réclamé pour le déménagement est non valide, incomplet ou illisible.
- 017** Le montant réclamé pour les frais d'entreposage est non valide, incomplet ou illisible.
- 018** Le montant de l'estimé pour une demande d'avance est non valide, incomplet ou illisible.
- 019** Le montant réclamé pour le déplacement est non valide, incomplet ou illisible.
- 020** La prime d'éloignement « sans dépendant » vous est payée selon le contenu du dossier.
- 021** Le nombre de dépendants inscrit pour la sortie est non numérique ou illisible.
- 022** La demande de remboursement des mesures incitatives n'est pas dûment signée (la demande vous est retournée sous pli séparé).
- 023** Le code de localité est absent ou invalide.
- 024** Selon nos dossiers, les frais de mesures incitatives pour lesquels vous demandez paiement ont été réclamés lorsque vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 025** Les frais de mesures incitatives pour lesquels vous demandez le paiement ne peuvent vous être payés lorsque réclamés dans l'établissement ou la localité figurant sur votre demande.
- 026** Veuillez nous informer de la date à compter de laquelle vos dépendants ne résident plus avec vous.
- 027** La demande de remboursement des mesures incitatives n'est pas dûment signée, veuillez refacter.
- 028** Le numéro d'autorisation accordé par le Comité consultatif sur la répartition pour la formation suivie à l'extérieur du Québec est absent.
- 029** Lorsque la formation est suivie à l'extérieur du Québec, vous devez préciser le lieu (ville et province canadienne ou pays étranger) dans la section lieu de formation.
- 030** Le médecin qui agit à titre de conférencier ne peut réclamer de ressourcement.
- 031** La signature du responsable officiel du cours de formation est absente sur l'attestation de présence, veuillez refacter.

- 034** Journée de ressourcement ou de perfectionnement annulée. Le quantième est absent, illisible ou invraisemblable.
- 035** Le paiement des frais de ressourcement ou de perfectionnement est refusé, ceux-ci ayant été facturés deux fois pour la même journée (quantième).
- 036** Le quantième permettant l'identification du jour de ressourcement est non compris dans la période de ressourcement.
- 038** La date de début de la période du ressourcement ou du perfectionnement est postérieure à la date de fin de cette période.
- 039** La période pour laquelle vous réclamez du ressourcement ou du perfectionnement est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 040** Selon nos dossiers, le ressourcement pour lequel vous demandez paiement a été effectué alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement pour les mesures incitatives.
- 041** La période du ressourcement ou du perfectionnement est absente.
- 042** Les données relatives au ressourcement, soit le quantième ou la valeur de la journée de rémunération ou le montant de l'allocation forfaitaire sont absentes ou incomplètes.
- 043** La date de début de la période de la prime d'éloignement est postérieure à la date de fin de cette période.
- 044** La période pour laquelle vous réclamez une prime d'éloignement est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 045** Selon nos dossiers, la prime d'éloignement pour laquelle vous demandez paiement a été réclamée alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement pour les mesures incitatives.
- 046** La période de la prime d'éloignement est absente.
- 048** La date de début de la période des frais d'entreposage est postérieure à la date de fin de cette période.
- 049** La date pour laquelle vous réclamez un déménagement est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 051** La date pour laquelle vous réclamez une demande d'avance est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 052** La date pour les frais d'entreposage est supérieure à 2 mois suivant la date de déménagement.
- 053** Les données relatives au déménagement, soit le lieu de départ ou le lieu d'arrivée ou le montant réclamé sont absentes ou incomplètes.
- 054** La période des frais d'entreposage est absente.
- 055** Le montant réclamé pour les frais d'entreposage est absent.
- 056** N'étant pas revenu dans les 12 mois de votre date de départ d'une localité des secteurs I à V, nous refusons ou récupérons les frais d'entreposage réclamés.
- 057** Aucun montant estimé de la demande d'avance n'est présent.
- 058** La date de début de la période de la sortie est postérieure à la date de fin de cette période.
- 059** La date pour laquelle vous réclamez une sortie est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 060** Selon nos dossiers, les frais de sortie pour lesquels vous demandez paiement ont été réclamés alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement pour les mesures incitatives.
- 062** Les données relatives à la sortie, soit le type de mesure ou le nombre de personnes ayant effectué la sortie sont absentes ou incomplètes.
- 063** La date du déplacement est non comprise dans la période du ressourcement ou du perfectionnement ou d'une sortie.
- 064** Le montant total réclamé a été corrigé selon le montant calculé par la Régie.
- 065** Le type de mesure pour lequel un déplacement a été réclamé est absent.
- 066** Les données relatives au déplacement, soit la date du déplacement ou le code de moyen de transport ou le montant réclamé sont absentes ou incomplètes.
- 067** Le type de mesure pour lequel d'autres frais sont réclamés est absent.

- 068** Le montant réclamé pour d'autres frais est non valide, incomplet, illisible ou absent.
- 069** La date du déménagement est absente de la demande de remboursement ou non acceptable.
- 070** Les frais pour lesquels vous demandez le remboursement ne peuvent vous être payés puisque la Régie n'assume que les frais de déménagement du professionnel qui s'installe dans une localité d'un secteur isolé.
- 071** Les frais de mesures incitatives pour lesquels vous demandez le remboursement vous sont payés sur une demande antérieure à celle-ci.
- 074** La rémunération n'est pas remboursable en vertu des mesures incitatives.
- 075** Les frais de mesures incitatives pour lesquels vous demandez paiement vous ont déjà été payés.
- 076** Les pièces justificatives reçues ne correspondent pas aux données inscrites sur votre demande de remboursement.
- 077** L'allocation forfaitaire a été modifiée afin de correspondre à la valeur (1 ou 0,5) de la journée de rémunération réclamée.
- 078** Le montant de l'allocation forfaitaire a été modifié conformément à celui en vigueur à la date de la demande.
- 079** La période de la prime d'éloignement a été modifiée pour correspondre à un des trimestres.
- 080** Le taux du kilométrage a été modifié conformément à celui en vigueur à la date du déplacement.
- 081** Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- 083** Lors d'une sortie, veuillez joindre les cartes d'embarquement en plus du billet d'avion.
- 084** La demande d'avance pour les frais de déménagement n'est pas autorisée pour votre catégorie de professionnel.
- 085** La distance et/ou le montant réclamés sont manquants sur la demande.
- 086** La distance inscrite sur la demande de paiement et les honoraires demandés en relation, ont été modifiés ou refusés en fonction de la distance unidirectionnelle établie selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes.
- 087** Demande de remboursement modifiée selon les renseignements fournis.
- 088** Les pièces justificatives requises sont manquantes.
- 089** Les pièces justificatives reçues pour les frais de ressourcement sont inacceptables. Les jours facturés sont refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
- 090** L'attestation de présence ou le reçu d'inscription accompagné de pièces justificatives (hôtel, restaurant, essence...) n'ayant pas été produit, nous procédons à la récupération du montant versé.
- 091** Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.
- 092** Les frais de ressourcement réclamés ne peuvent être payés dans le territoire où vous exercez votre profession.
- 093** Le montant réclamé a été corrigé selon le montant calculé par la Régie.
- 094** Les crédits de jours de ressourcement ou de perfectionnement sont épuisés.
- 095** Le montant de l'avance a été déduit du montant payé pour les frais de déménagement.
- 096** L'allocation forfaitaire et/ou les frais de déplacement est (sont) refusé(s) car seule la rémunération est payable dans le territoire où vous exercez votre profession.
- 097** Nous n'avons pas reçu l'attestation de présence au séjour de ressourcement ou de perfectionnement ou le reçu d'inscription accompagné de pièces justificatives (telles que hôtel, restaurant, essence...)
- 098** La rémunération pour le séjour de ressourcement ou de perfectionnement est refusée parce qu'elle a déjà été payée sur une demande de paiement à honoraires fixes.
- 099** L'allocation forfaitaire et/ou le remboursement de frais de déplacement est (sont) refusé(s), car seule la rémunération peut être payée lorsque vous cessez d'avoir une pratique active dans les territoires déterminés.
- 100** Les frais de déplacement relatifs au séjour de ressourcement ou de perfectionnement sont refusés parce que le maximum de déplacements prévu à l'Entente est atteint.

- 101** À votre demande, nous vous retournons les pièces justificatives sous pli séparé.
- 102** Les frais de transport sont limités à l'équivalent du prix par avion d'un passage aller/retour jusqu'à Montréal.
- 103** Veuillez facturer la rémunération sur une demande de paiement à honoraires fixes.
- 104** Les frais de déplacement ont déjà été payés.
- 105** Les frais de séjour réclamés ne sont pas remboursables par la Régie.
- 106** Les crédits de sortie sont épuisés.
- 107** Vous avez trois mois à compter de la date de fin du congé pour produire l'attestation de participation au séjour de ressourcement ou le reçu d'inscription accompagné de pièces justificatives (factures d'hôtel, de restaurant, d'essence, etc.)
- 108** La date inscrite sur la pièce justificative ne correspond pas à la date du déplacement réclamé.
- 109** Le territoire où vous exercez et/ou résidez ne vous donne pas droit au paiement de la mesure incitative réclamée.
- 110** Veuillez nous préciser les nom, prénom et date de naissance de chacun de vos dépendants.
- 111** Veuillez nous préciser la destination de votre sortie.
- 112** Versement trimestriel de la prime d'éloignement.
- 113** L'accord du Comité consultatif sur la répartition pour un séjour de ressourcement hors-Québec est non inclus.
- 114** Le reçu d'inscription doit être accompagné des reçus de transport et/ou des reçus de frais de séjour (factures d'essence, d'hôtel, de restaurant, etc.)
- 115** La nature du cours suivi ne peut être considérée comme faisant partie d'un programme de perfectionnement ou de formation médicale continue.
- 116** Vous n'avez pas complété la période d'attente de dix (10) mois donnant droit à la prime d'éloignement.
- 117** Veuillez nous faire parvenir l'original de la pièce justificative.
- 118** Le montant de rémunération a été modifié selon votre type de contrat.
- 119** La location d'une voiture n'est autorisée que pour compléter un trajet.
- 121** La sortie effectuée par un parent non-résident ou un ami a été déduite du nombre de sorties auxquelles vous avez droit.
- 122** Les frais sont refusés car aucun montant n'apparaît sur votre pièce justificative.
- 123** Lors d'un déplacement, seule est remboursable la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois.
- 124** Veuillez nous préciser votre date de début d'exercice en région désignée.
- 125** Les frais divers sont inclus dans l'allocation forfaitaire.
- 126** Vous n'avez pas précisé le nom de la (des) personne(s) ayant effectué la sortie.
- 127** Nous vous remboursons à demi-tarif le kilométrage lorsqu'il s'agit de covoiturage ou d'un aller ou d'un retour seulement.
- 128** Le remboursement des frais de ressourcement ou de perfectionnement est refusé parce qu'il y a facturation de services rendus pour la même période.
- 129** Le remboursement des frais de sortie est refusé parce qu'il y a facturation de services rendus pour la même période.
- 130** Les frais de ressourcement sont refusés. Un seul séjour de ressourcement hors-Québec est autorisé par année.
- 131** Journée de ressourcement refusée. Le séjour de ressourcement doit être effectué dans l'année qui suit votre départ des territoires désignés.
- 132** Les crédits de jours anticipés de ressourcement sont épuisés.
- 133** Les données relatives au perfectionnement, soit le quantième ou le montant d'allocation forfaitaire sont absentes ou incomplètes.

- 134** Les pièces justificatives reçues pour les frais de perfectionnement sont inacceptables. L'allocation forfaitaire et les frais de déplacement s'il y a lieu sont récupérés.
- 135** La ou les journées réclamée(s) vous est(ont) refusée(s) parce qu'elle(s) ne figure(nt) pas sur l'attestation fournie.
- 136** La Régie n'assume le remboursement des frais de déménagement que pour un seul des deux conjoints.
- 137** Le délai de facturation fixé dans la *Loi sur l'assurance maladie* est expiré.
- 138** Le remboursement des frais de sortie est modifié puisque le crédit d'un de vos dépendants est épuisé.
- 139** Le remboursement des frais de sortie est modifié puisque l'un de vos dépendants n'est pas admissible à la sortie.
- 140** Lors d'un déplacement par avion, seuls les billets au tarif de la classe économique sont payés, à moins d'une situation hors de l'ordinaire. L'achat de billets plus chers que ceux au tarif de la classe économique doit être justifié par le professionnel. En l'absence de justification, le montant réclamé est ajusté selon le calcul de la Régie.
- 141** L'attestation de présence à un séjour de perfectionnement ou de ressourcement ne précise pas la nature du cours suivi.
- 142** Le remboursement des frais de ressourcement est refusé car aucun nom n'est inscrit sur l'attestation de présence pour le séjour de perfectionnement ou de ressourcement.
- 143** Les pièces justificatives sont non conformes.
- 144** Les déplacements en taxi ne sont autorisés que pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun et sont réservés à de courtes distances.
- 145** Veuillez nous faire parvenir l'original du billet d'avion et non la facture de l'agence de voyage.
- 146** Nous vous retournons les pièces justificatives sous pli séparé.
- 147** Veuillez nous faire parvenir un reçu de frais d'essence, de stationnement, de restaurant, etc. attestant votre présence à la destination mentionnée ou l'utilisation d'une voiture.
- 148** Les pièces justificatives reçues pour le congé de perfectionnement ou de ressourcement sont conformes à l'Entente.
- 149** La rémunération pour le séjour de ressourcement ou de perfectionnement ne peut être payable lorsque vous recevez une allocation de congé de maternité ou d'adoption.
- 150** Conformément au paragraphe 4.01b) de l'*Entente particulière relative au CSSS des Îles*, les frais de sortie sont remboursés à 50 % du montant payable en vertu de l'annexe XII.
- 156** Les originaux des pièces justificatives doivent demeurer au dossier; ceux-ci ne vous seront pas retournés.
- 157** Les frais de sortie doivent être demandés par votre conjoint.
- 158** Les frais de sortie pour le dépendant doivent être demandés par votre conjoint.
- 159** Votre demande n'est pas rédigée sur le formulaire approprié. Veuillez utiliser l'original du formulaire *Demande de remboursement des mesures incitatives* (3336).
- # **175** Conformément aux frais de déplacement et de séjour, le pourboire facturé relié à un déplacement en taxi dépasse le maximum du pourcentage accepté. L'excédent facturé est non remboursable.
- 200** Demande de révision non rédigée sur le formulaire approprié.
- 201** Révision en cours.
- 202** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de remboursement qui accompagnent votre demande de révision.
- 203** Rectification d'une demande de remboursement déjà payée.
- 204** Annulation d'une demande de remboursement déjà payée.
- 205** Annulation d'une rectification.
- 206** Rectification effectuée par suite de votre demande.
- 207** Rectification d'un paiement. Lettre explicative sera envoyée sous pli séparé.

- 208** Nous ne pouvons donner suite à votre demande de révision car les renseignements fournis sont incompatibles.
- 209** Le délai de révision est expiré selon l'Entente.
- 210** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 211** Lettre explicative suivra.
- 212** Votre demande de remboursement n'est pas complétée selon les instructions de facturation.
- 213** Les données inscrites sur la demande de remboursement sont illisibles.
- 214** Le délai de refacturation est expiré selon l'Entente.
- 215** Demande de remboursement mutilée.
- 216** Demande de remboursement annulée à votre demande.
- 217** Rectification effectuée à la suite d'un changement de tarif.
- 218** Le montant total d'allocation forfaitaire a été rectifié selon le montant calculé par la Régie.
- 219** Le montant total de rémunération a été rectifié selon le montant calculé par la Régie.
- 220** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 221** Révision d'une demande qui a déjà fait l'objet d'un refus de paiement.
- 222** Votre demande de révision n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.
- 225** Le montant de rémunération versé au titre du ressourcement est récupéré, car le montant forfaitaire prévu au Programme de ressourcement en médecine hospitalière, urgence et courte durée, d'une région en pénurie d'effectifs médicaux (*Lettre d'entente n° 131*) a été payé pour la même journée.
- 226** Le montant relatif aux frais de ressourcement est récupéré, car le montant forfaitaire prévu au Programme de ressourcement en médecine hospitalière, urgence et courte durée, d'une région en pénurie d'effectifs médicaux (*Lettre d'entente n° 131*) a été payé pour la même journée.
- 227** Nous vous informons du maintien de la décision visée par votre demande de révision. Vous pouvez cependant en présenter une nouvelle, en indiquant que votre cas doit être soumis à votre fédération, s'il y a lieu.
- 250** Suite à l'évaluation de l'expertise médicale, la nature du cours suivi ne peut être considérée comme faisant partie du programme de perfectionnement.
- 251** Le paiement des frais de ressourcement est refusé car aucun nom n'apparaît sur l'attestation de présence au cours ou congrès de perfectionnement.
- 252** À la suite d'une vérification, le montant de rémunération versé à titre de ressourcement est récupéré, car le montant forfaitaire prévu pour les ateliers du programme de formation en accès adapté (*Lettre d'entente n° 249*) a déjà été payé pour la même journée.
- 253** À la suite d'une nouvelle information, le montant de rémunération versé à titre de ressourcement est récupéré, car le montant forfaitaire prévu pour les ateliers du programme de formation en accès adapté (*Lettre d'entente n° 249*) a déjà été payé pour la même journée.
- 254** À la suite d'une vérification ou d'une nouvelle information, l'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour est payée en vertu des dispositions de la Lettre d'entente relative aux ateliers du programme de formation en accès adapté (*Lettre d'entente n° 249*).
- 255** À la suite d'une vérification ou d'une nouvelle information, le remboursement des frais de transport est payé en vertu des dispositions de la Lettre d'entente relative aux ateliers du programme de formation en accès adapté (*Lettre d'entente n° 249*).
- 256** À la suite d'une vérification, le montant d'allocation forfaitaire versé à titre de ressourcement est récupéré, car le montant forfaitaire prévu pour les ateliers du programme de formation en accès adapté (*Lettre d'entente n° 249*) n'a pas été payé.
- 257** À la suite d'une vérification, le montant des frais de déplacement versé à titre de ressourcement est récupéré, car le montant forfaitaire prévu pour les ateliers du programme de formation en accès adapté (*Lettre d'entente n° 249*) n'a pas été payé.
- 258** À la suite d'une vérification, le montant de rémunération versé à titre de formation continue est récupéré, car le montant forfaitaire prévu pour les ateliers du programme de formation en accès adapté (*Lettre d'entente n° 249*) a été payé pour la même journée.

- 299** Le remboursement de cette formation ou de cette activité de ressourcement n'est pas admissible, étant donné qu'elle a été suivie avant le début de votre pratique.
- 300** La date de début ou de fin de la période de formation continue est non valide, incomplète ou illisible.
- 301** La demande de remboursement pour la formation continue n'est pas dûment signée.
- 302** Journée de formation continue refusée. Le quantième est absent, illisible ou invraisemblable.
- 303** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour la formation continue est refusé, cette journée ayant déjà été payée.
- 304** Selon nos dossiers, l'allocation forfaitaire pour laquelle vous demandez paiement a été réclamée alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 305** Le quantième permettant l'identification du jour de formation continue est non compris dans la période de formation continue.
- 306** La date de début de la période de formation continue est postérieure à la date de fin de cette période.
- 307** La période pour laquelle vous réclamez un remboursement pour la formation continue est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 308** La période de formation continue est absente.
- 309** Les données relatives à la formation continue, soit le quantième et/ou la durée et/ou le montant de l'allocation forfaitaire sont absentes ou incomplètes.
- 310** L'allocation forfaitaire dont vous demandez paiement vous a déjà été payée.
- 311** La ou les pièces reçues pour la formation continue est (sont) inacceptable(s). Vous devez obligatoirement nous fournir l'attestation de présence au cours de formation continue.
- 312** L'attestation de présence au cours de formation n'ayant pas été produite, nous procédons à la récupération du montant versé.
- 313** Les crédits de jours de formation continue sont épuisés.
- 314** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour la formation continue est refusé, celle-ci ayant été facturée à une date antérieure à l'entrée en vigueur de l'annexe XIX.
- 315** La nature du cours suivi ne peut être considérée comme faisant partie du programme de formation continue.
- 316** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour la formation continue est refusé parce qu'il y a facturation de services rendus pour la même période.
- 317** L'attestation de présence au cours de formation continue ne précise pas la nature du cours suivi.
- 318** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour la formation continue est refusé car aucun nom n'apparaît sur l'attestation de présence au cours de formation continue.
- 319** Nous n'avons pas reçu l'attestation de présence au cours de formation continue.
- 320** L'accord du Comité consultatif sur la répartition pour une session de formation continue hors Québec n'est pas inclus.
- 321** Le paiement de l'allocation forfaitaire est refusé. Une seule session de formation dispensée hors Québec est autorisée par année civile.
- 322** L'allocation forfaitaire pour laquelle vous demandez le paiement ne peut vous être payée lorsque vous bénéficiez des mesures de ressourcement prévues à l'annexe XII de l'Entente.
- 323** L'allocation forfaitaire dont vous demandez le paiement ne peut vous être payée lorsque vous êtes rémunérés à honoraires fixes pour plus d'un demi-temps, selon l'annexe VI de l'entente.
- 324** Le remboursement dans le cadre du programme de formation continue ne peut vous être versé, puisque vous n'êtes ni adhérent ni réputé adhérent à l'*Entente particulière relative aux activités médicales particulières (AMP)*.
- 325** Pour être admissible, une journée de formation doit être prise une journée ouvrable.
- 327** Votre demande n'est pas rédigée sur le formulaire approprié. Veuillez utiliser la *Demande de remboursement – Programme de formation continue – Annexe XIX – FMOQ (3814)*.
- 329** Les documents reçus ne correspondent pas aux données inscrites sur votre demande de remboursement de formation continue.

- 330** Les frais de déplacement ne sont pas remboursables.
- 331** L'allocation forfaitaire pour la formation continue ne peut être réclamée avec un numéro de groupe.
- 332** Suite à l'évaluation de l'expertise médicale, la nature du cours suivi ne peut être considérée comme faisant partie du programme de formation continue.
- 333** En cours d'évaluation au service de l'Expertise médicale.
- 334** La rémunération majorée ne s'applique pas.
- 335** Le montant réclamé a été corrigé selon le montant prévu à l'Entente.
- 336** L'original de la demande de remboursement doit nous être transmis. Il doit être signé à la main et daté par le médecin. Pas de photocopie ni d'estampe.
- 337** La période de facturation ne peut excéder trente jours.
- 338** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour la formation continue est refusé ou a été modifié car la durée de la formation doit correspondre à une journée (1), soit un minimum de 6 heures, ou une demi-journée (0,5), soit un minimum de 3 heures.
- 339** L'attestation de présence au cours de formation ne précise pas la durée de l'activité de formation suivie.
- 340** Selon nos dossiers, l'allocation forfaitaire pour laquelle vous demandez paiement a été réclamée alors que vous étiez inadmissible au programme de formation continue.
- 341** Après évaluation de votre profil de pratique, nous constatons que vous n'avez pas droit à des journées de formation continue. En effet, vous avez bénéficié des mesures de ressourcement prévues à l'annexe XII de l'entente au cours de l'année civile précédant celle de la demande de paiement de l'allocation forfaitaire.
- 342** Après évaluation de votre profil de pratique, nous constatons que vous n'avez pas droit à des journées de formation continue. En effet, vous avez été rémunéré par des honoraires fixes pour plus d'un demi-temps, selon l'annexe VI de l'entente, au cours de l'année civile précédant celle de la demande de paiement de l'allocation forfaitaire.
- 343** Pour faire suite à l'évaluation de votre profil de pratique, nous récupérons les sommes versées en trop en raison de l'écart entre le nombre de jours de formation continue facturés et celui que nous vous avons attribué.
- 345** Vous avez trois mois à compter de la date de fin de votre session de formation pour produire une attestation de présence à cette formation.
- 346** L'allocation forfaitaire demandée ne peut vous être payée puisque vous n'êtes pas adhérent ou réputé adhérent à l'*Entente particulière relative aux activités médicales particulières*.
- 347** L'allocation forfaitaire versée au titre de la formation continue est récupérée, car le montant forfaitaire prévu au Programme de ressourcement en médecine hospitalière, urgence et courte durée, d'une région en pénurie d'effectifs médicaux (*Lettre d'entente n° 131*) a été payé pour la même journée.
- 348** L'allocation forfaitaire pour la formation continue est refusée puisqu'un montant d'allocation de congé de maternité ou d'adoption (annexe XVI) a été payé pour la même journée.
- 349** Selon nos dossiers, votre adresse de pratique principale en région vous rend inadmissible au programme de formation continue. Veuillez mettre à jour votre dossier et refacturer, s'il y a lieu.
- # **350** Récupération à la suite du contrôle de la conformité de la demande de remboursement : La pièce justificative fournie est non conforme selon les dispositions de l'annexe XIX de l'Entente.
- # **351** L'attestation de présence à la formation ne précise pas la catégorie de crédit de formation octroyé, comme requis selon les dispositions de l'annexe XIX de l'Entente.
- 370** Récupération d'un remboursement versé à tort en raison d'une erreur de numéro de professionnel sur la demande de remboursement.
- 400** L'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour et/ou le remboursement des frais de transport ne peuvent vous être payés puisque vous êtes inadmissible aux mesures de ressourcement prévues à l'annexe XII de l'entente.
- 401** Le remboursement des frais de transport encourus lors d'un séjour de formation est limité à une fois par année civile.

- 402** Veuillez facturer l'allocation forfaitaire quotidienne sur une demande de paiement à honoraires fixes.
- 403** Veuillez facturer l'allocation forfaitaire quotidienne sur une demande de paiement à tarif horaire.
- 404** L'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour ou le remboursement des frais de transport sont payés en vertu des dispositions de l'*Entente particulière relative au médecin enseignant*.
- 405** Pour éviter le refus de vos prochaines demandes de remboursement, veuillez utiliser la nouvelle version du formulaire *Demande de remboursement - Programme de formation continue* (3814) comme mentionné dans l'infolettre 325 du 20 mars 2014.
- 406** Vous devez obligatoirement utiliser la nouvelle version du formulaire *Demande de remboursement - Programme de formation continue* (3814). Veuillez refacturer, et détruire les anciennes versions en votre possession, le cas échéant.
- 407** Le nom de l'organisme qui a donné la formation est absent.
- 408** La section « L'attestation de présence est signée par le responsable officiel de la session de formation continue » n'a pas été remplie.
- 409** Le lieu de la formation, Québec ou hors Québec, n'a pas été coché.
- 410** Le montant de rémunération demandé à titre de ressourcement est refusé, car le montant forfaitaire prévu pour les ateliers du programme de formation en accès adapté (*Lettre d'entente n° 249*) a déjà été payé pour la même journée.
- 411** Le montant de rémunération demandé à titre de ressourcement est accepté, car réclamé lors du déplacement pour une formation en vertu des dispositions de la Lettre d'entente relative aux ateliers du programme de formation en accès adapté (*Lettre d'entente n° 249*) et qu'aucun montant forfaitaire n'a été payé pour la même journée.
- 412** L'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour est payée en vertu des dispositions de la Lettre d'entente relative aux ateliers du programme de formation en accès adapté (*Lettre d'entente n° 249*).
- 413** Le remboursement des frais de transport est payé en vertu des dispositions de la Lettre d'entente relative aux ateliers du programme de formation en accès adapté (*Lettre d'entente n° 249*).
- 414** Lorsque vous utilisez le formulaire électronique, il est obligatoire de le transmettre par Internet.
- # **415** L'organisme de formation inscrit sur votre formulaire n'est pas reconnu par les parties négociantes. Veuillez vous référer à l'infolettre 116 du 9 septembre 2015.
- 416** Pour éviter le refus de vos prochaines demandes, veuillez inscrire un nom d'organisme reconnu par les parties négociantes. Présentement, vous pouvez accéder à la liste des organismes reconnus au moment de remplir le formulaire *Demande de remboursement - Programme de formation continue - Annexe XIX - FMOQ* (3814) par les services en ligne de la Régie. Une infolettre précisant les détails vous parviendra en début d'année 2015.
- 417** Le cours suivi en ligne ne peut être considéré comme faisant partie du programme de formation continue.
- # **418** Votre demande de remboursement de formation continue ou de ressourcement suivi par webdiffusion a été acceptée.
- # **419** Les frais de déplacement et l'allocation forfaitaire ne sont pas admissibles lorsque la formation est suivie par webdiffusion.
- 532** Vous devez inscrire le code postal ou une adresse du lieu de départ ou d'arrivée présente dans l'outil Google Maps.
- 579** Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée doivent être inscrits avec leur code postal ou l'adresse présente dans l'outil Google Maps.
- 584** Les honoraires ont été ajustés pour payer l'équivalent du coût du vol commercial. Vous devez détenir une autorisation des parties négociantes pour que les frais d'un vol nolisé soient payables.
- 892** Suivant l'article 6.01 de l'*Entente particulière en anesthésie*, tous les services médicaux fournis entre 7 h et 17 h, un jour au cours duquel un médecin demande le paiement d'un *per diem*, sont rémunérés selon le régime C.
- 999** À l'usage de la Régie, ne pas tenir compte.