



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

MISE À JOUR : 10

NOVEMBRE 2015

Veuillez 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

- INTRODUCTION

- Modification administrative

Page : [2](#)

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

- Modifications administratives

Pages : [1](#) à 18, [20](#) et [21](#)

- PAIEMENT

- Modification administrative

Page : [5](#)

- MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des messages n^{os} 008, 011, 052, 056, 256, 257, 258, 299, 324, 327, 349, 415, 416, 417, 532, 579 et 584
- Modification des messages n^{os} 140, 142, 147, 227 et 322

Pages : [1](#), [2](#) et [5](#) à 9

NOTE : Cette mise à jour comprend l'information publiée dans les infolettres suivantes :
054 / 11 juin 2015 et 116 / 9 septembre 2015.

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



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 <i>modification d'ordre administratif</i> (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
1.2.1 Description de la demande de remboursement	17
1.2.2 Rédaction de la demande de remboursement	18
#1.3 EXPÉDITION	21
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		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
QUANTIÈME	3				
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	ANNÉE	MOIS
DU	4		AU		
			☐ AVEC DÉPENDANTS ☐ SANS DÉPENDANTS		MONTANT RÉCLAMÉ
DÉMÉNAGEMENT					
DATE DU DÉMÉNAGEMENT	LOCALITÉ DE DÉPART		CODE DE LOCALITÉ		
ANNÉE	MOIS	JOUR	LOCALITÉ D'ARRIVÉE		CODE DE LOCALITÉ
5					MONTANT RÉCLAMÉ
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU	ANNÉE	MOIS	JOUR
		AU			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
DU	6		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)
	ANNÉE	MOIS	JOUR		
	7				
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement		1= Auto 2= Avion 3= Taxi 4= Autres		TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES					
8					
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL					
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.		SIGNATURE		DATE	
		9		ANNÉE MOIS JOUR	

Joindre toutes les pièces justificatives originales.

 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.

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.

[illegible]

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

OU

LOCALITÉ

N° DE L'ÉTABLISSEMENT

91292

DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT

ANNÉE

MOIS

JOUR

2

0

A

A

0

6

1

5

RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT

JOUR

01

02

03

04

05

06

07

QUANTIÈME

15

16

17

RÉMUNÉRATION
(1 jour ou 0,5 jour)

Note: Ne rien inscrire sur cette ligne.

ANNÉE

MOIS

JOUR

2

0

A

A

0

6

1

5

AU

2

0

A

A

0

6

1

7

ALLOCATION FORFAITAIRE
(Montant réclamé par jour)

226

226

226

TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE

678

00

PRIME D'ÉLOIGNEMENT

PÉRIODE

ANNÉE

MOIS

JOUR

ANNÉE

MOIS

JOUR

DU

AU

☐ AVEC DÉPENDANTS

☐ SANS DÉPENDANTS

MONTANT RÉCLAMÉ

DÉMÉNAGEMENT

DATE DU DÉMÉNAGEMENT

ANNÉE

MOIS

JOUR

LOCALITÉ DE DÉPART

CODE DE LOCALITÉ

LOCALITÉ D'ARRIVÉE

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

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

ANNÉE

MOIS

JOUR

MOYEN DE TRANSPORT

NOMBRE DE KM (AUTO)

LOCALITÉ DE DÉPART

Fermont

LOCALITÉ D'ARRIVÉE

Montréal

MONTANT RÉCLAMÉ

525

00

1

2

0

A

A

0

6

1

5

2

1= Ressourcement ou perfectionnement
2= Sortie 3= Déménagement

TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

525

00

Joindre toutes les pièces justificatives originales.

Pierre Untel

DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR
A, A	0, 7	0, 2	

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 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)

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES		NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE _____	
PROFESSIONNEL			
NOM _____		PRÉNOM _____	
N° DU PROFESSIONNEL _____		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT _____	
ENDROIT DE PRATIQUE OU LOCALITÉ _____		N° DE L'ÉTABLISSEMENT _____	
DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOUR _____		CODE DE LOCALITÉ _____	
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT			
JOUR QUANTIÈME _____	01 _____	02 _____	03 _____
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour) _____	04 _____	05 _____	06 _____
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour) _____	07 _____	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR _____	AU ANNÉE MOIS JOUR _____
TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE _____			_____
PRIME D'ÉLOIGNEMENT			
PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR DU 2 0 A A 0 2 0 1	ANNÉE MOIS JOUR AU 2 0 A A 1 1 3 0	☒ AVEC DÉPENDANTS	☐ SANS DÉPENDANTS
MONTANT RÉCLAMÉ 7 034 17			_____
DÉMÉNAGEMENT			
DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR _____	LOCALITÉ DE DÉPART _____	CODE DE LOCALITÉ _____	_____
LOCALITÉ D'ARRIVÉE _____	CODE DE LOCALITÉ _____	MONTANT RÉCLAMÉ _____	_____
FRAIS D'ENTREPOSAGE _____		PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR AU _____	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 _____	ANNÉE MOIS JOUR 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 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			
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 _____
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				
ENDROIT DE PRATIQUE	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DE L'ÉTABLISSEMENT		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOUR			
	OU LOCALITÉ		CODE DE LOCALITÉ					
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT								
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR
QUANTIÈME								
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)								AU ANNÉE MOIS JOUR
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								TOTAL RÉCLAME POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE
PRIME D'ÉLOIGNEMENT								
PÉRIODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		☐ AVEC DÉPENDANTS ☐ SANS DÉPENDANTS		MONTANT RÉCLAME
DU		AU						
DÉMÉNAGEMENT								
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART		CODE DE LOCALITÉ		SPÉCIMEN		
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 (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		Inscrive, 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								
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)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES			
PROFESSIONNEL			
NOM		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	01	02	03
QUANTIÈME			
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)			
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)			
PÉRIODE DU			ANNÉE MOIS JOUR AU
TOTAL RÉCLAME POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE			
PRIME D'ÉLOIGNEMENT			
PÉRIODE		☐ AVEC DÉPENDANTS ☐ SANS DÉPENDANTS	
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR	MONTANT RÉCLAMÉ	
DU	AU		
DÉMÉNAGEMENT			
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART	
ANNÉE MOIS JOUR	CODE DE LOCALITÉ		
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 (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		NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE	
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR		
DU	AU	3	
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)
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE
2	2,0, A, A, 0, 6, 1, 5	1	1217
		Fermont	Montréal
			876,24
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement			
1= Auto 2= Avion 3= Taxi 4= Autres			
TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT			876,24
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			
Personnes qui ont effectué la sortie.			
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 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	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
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	ANNÉE	MOIS
DU				AU	
☐ AVEC DÉPENDANTS ☐ SANS DÉPENDANTS					MONTANT RÉCLAMÉ
DÉMÉNAGEMENT					
DATE DU DÉMÉNAGEMENT	LOCALITÉ DE DÉPART			CODE DE LOCALITÉ	
ANNÉE MOIS JOUR					
	LOCALITÉ D'ARRIVÉE			CODE DE LOCALITÉ	
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		MONTANT RÉCLAMÉ	
		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
		AU			
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)		DATE		MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)	
SORTIE					
PÉRIODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS
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
	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					
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.			SIGNATURE		DATE
			Pierre Untel		ANNÉE MOIS JOUR
					A A 0 7 0 2
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 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 (formulaire 3814)

Régie de
l'assurance maladie

Québec



DEMANDE DE REMBOURSEMENT Programme de formation continue Annexe XIX - FMOQ

--

PROFESSIONNEL

NOM	PRÉNOM	N° DU PROFESSIONNEL
-----	--------	---------------------

FORMATION CONTINUE

JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU		
QUANTIÈME								ANNÉE	MOIS	JOUR
DURÉE (1 jour ou 0,5 jour)								ANNÉE	MOIS	JOUR
ALLOCATION FORFAITAIRE (montant demandé par jour)								MONTANT TOTAL DE L'ALLOCATION FORFAITAIRE		

IMPORTANT : La formation doit avoir lieu un jour ouvrable (les samedi, dimanche ou jours fériés sont exclus).

LIEU DE LA FORMATION

Si la formation a eu lieu à Ottawa (Ont.), Campbellton (N.-B.) ou à Terre-Neuve-et-Labrador, veuillez cocher Québec.

☐ QUÉBEC	NOM DE L'ORGANISME	L'attestation de présence est signée par le responsable officiel de la session de formation continue : ☐ OUI ☐ NON
☐ HORS DU QUÉBEC	LIEU DE LA FORMATION (ville et province canadienne ou pays étranger)	
		NUMÉRO D'AUTORISATION ACCORDÉ PAR LE COMITÉ CONSULTATIF SUR LA RÉPARTITION

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN		
--	--	--

PIÈCE JUSTIFICATIVE :

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

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le médecin (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un stylo noir). Les photocopies et les tampons ne sont pas acceptés.

Je déclare que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR
--	-----------	-------	------	------

L'original de la demande de remboursement doit être envoyé à :

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

3814 200 15/08

1.2.1 Description de la demande de remboursement

Description du formulaire

Le formulaire est divisé en cinq parties :

1. Professionnel
2. Formation continue
3. Lieu de la formation
4. Renseignements complémentaires
5. Signature du professionnel

1.2.2 Rédaction de la demande de remboursement (parties 1 à 5)

Exemple A : Lieu de la formation - Québec

Régie de l'assurance maladie Québec		DEMANDE DE REMBOURSEMENT Programme de formation continue Annexe XIX - FMOQ							
PROFESSIONNEL		NOM : UNTEL		PRÉNOM : Pierre					
				N° DU PROFESSIONNEL : 123456					
FORMATION CONTINUE									
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR	
QUANTIÈME	18	19	20	21				2, 0, 1, 4 0, 3 1, 8	
DURÉE (1 jour ou 0,5 jour)	1	1	1	0,5				ANNÉE AU MOIS JOUR 2, 0, 1, 4 0, 3 2, 1	
ALLOCATION FORFAITAIRE (montant demandé par jour)	388,00	388,00	388,00	174,00				MONTANT TOTAL DE L'ALLOCATION FORFAITAIRE 1 338,00	
IMPORTANT : La formation doit avoir lieu un jour ouvrable (les samedi, dimanche ou jours fériés sont exclus).									
LIEU DE LA FORMATION Si la formation a eu lieu à Ottawa (Ont.), Campbellton (N.-B.) ou à Terre-Neuve-et-Labrador, veuillez cocher Québec.									
☒ QUÉBEC		NOM DE L'ORGANISME : Les facultés de médecine du Québec				L'attestation de présence est signée par le responsable officiel de la session de formation continue :			
☐ HORS DU QUÉBEC		LIEU DE LA FORMATION (ville et province canadienne ou pays étranger)				NUMÉRO D'AUTORISATION ACCORDÉ PAR LE COMITÉ CONSULTATIF SUR LA RÉPARTITION			
						☒ OUI ☐ NON			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES									
SPÉCIMEN									
PIÈCE JUSTIFICATIVE : L'attestation obligatoire 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. Si l'attestation n'est pas produite sur demande de la Régie, l'allocation de formation continue versée sera récupérée.									
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le médecin (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un stylo noir). Les photocopies et les tampons ne sont pas acceptés.									
Je déclare que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.		SIGNATURE : Pierre Untel				ANNÉE MOIS JOUR 2, 0, 1, 4 0, 3 2, 1			
L'original de la demande de remboursement doit être envoyé à : Régie de l'assurance maladie du Québec Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4									
3814 200 15/08									

Exemple B : Lieu de la formation - Hors du Québec

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE REMBOURSEMENT
Programme de formation continue
Annexe XIX - FMOQ

PROFESSIONNEL

NOM UNTEL	PRÉNOM Pierre	N° DU PROFESSIONNEL 123456
---------------------	-------------------------	--------------------------------------

FORMATION CONTINUE

JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU		
QUANTIÈME	18	19	20	21				ANNÉE	MOIS	JOUR
DURÉE (1 jour ou 0,5 jour)	1	1	1	0,5				2,0	1,4	0,3
ALLOCATION FORFAITAIRE (montant demandé par jour)	388,00	388,00	388,00	174,00				2,0	1,4	0,3
							MONTANT TOTAL DE L'ALLOCATION FORFAITAIRE 1 338,00			

IMPORTANT : La formation doit avoir lieu un jour ouvrable (les samedi, dimanche ou jours fériés sont exclus).

LIEU DE LA FORMATION *Si la formation a eu lieu à Ottawa (Ont.), Campbellton (N.-B.) ou à Terre-Neuve-et-Labrador, veuillez cocher Québec.*

☐ QUÉBEC	NOM DE L'ORGANISME		L'attestation de présence est signée par le responsable officiel de la session de formation continue : ☒ OUI ☐ NON
☒ HORS DU QUÉBEC	LIEU DE LA FORMATION (ville et province canadienne ou pays étranger) Toronto, Ontario	NUMÉRO D'AUTORISATION ACCORDÉ PAR LE COMITÉ CONSULTATIF SUR LA RÉPARTITION R123156	

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN

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

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL *Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le médecin (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un stylo noir). Les photocopies et les tampons ne sont pas acceptés.*

Je déclare que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE Pierre Untel	ANNÉE 2,0	MOIS 1,4	JOUR 0,3
---	----------------------------------	---------------------	--------------------	--------------------

L'original de la demande de remboursement doit être envoyé à :
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

3814 200 15/08

PARTIE 1**Professionnel**

L'identité du médecin omni-praticien qui demande le remboursement des journées de formation continue comporte les éléments suivants :

- NOM : nom de famille;
- PRÉNOM : prénom usuel;
- NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : numéro d'inscription à la Régie.

PARTIE 2**Formation continue**

À remplir pour le remboursement des journées de formation dans le cadre du programme de formation continue.

- 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 (AAAAMMJJ).

- Durée :

Valeur du jour facturée; 0,5 pour une demi-journée ou 1 pour une journée.

- Allocation forfaitaire :

Montant réclamé pour une demi-journée ou pour une journée; inscrire le montant prévu à l'Entente.

- Montant total pour l'allocation forfaitaire :

Inscrire la somme des montants réclamés.

PARTIE 3**Lieu de la formation**

À remplir pour identifier l'endroit où la formation s'est tenue et confirmer la possession de l'attestation dûment signée.

Note : Les formations reçues à Ottawa (Ont.), Campbellton (N.-B.) et dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador sont considérées comme étant suivies au Québec.

- Québec :

Case à cocher lorsque la formation s'est donnée au Québec.

- Nom de l'organisme (à préciser) :

Si la case « Québec » est cochée, inscrire le nom de l'organisme agréé dont la liste figure à l'annexe 1 de l'annexe XIX. Assurez-vous de la conformité du nom de l'organisme auprès de votre formateur.

- Hors-Québec :

Case à cocher lorsque la formation s'est tenue à l'extérieur du Québec.

- Lieu de la formation (ville, province ou autre - à préciser) :

Si la case « Hors Québec » est cochée, vous devez inscrire l'endroit où la formation s'est donnée. Inscrire le nom de la ville ainsi que la province, l'état ou autre.

- Numéro d'autorisation accordée par le conseil consultatif FMOQ-MSSS :

Si la case « Hors Québec » est cochée inscrire le numéro d'autorisation qui paraît sur votre document d'autorisation.

- L'attestation de présence est signée par le responsable officiel de la session de formation continue :

Cochez la case « OUI » si l'attestation de présence est signée, sinon, cochez la case « NON ».

PARTIE 4**Renseignements complémentaires**

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de remboursement.

PARTIE 5**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 1.

1.3 EXPÉDITION

Transmettre à la Régie la copie portant une signature et conserver cinq ans la copie originale 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 et les demandes de remboursement du Programme de formation continue 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

2.4.3 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)*.

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 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 refacturer.
- 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 refacturer.

- 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.
- 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).
- 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.
- 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** La demande est refusée, car l'organisme de formation n'est pas reconnu par les parties négociantes.
- # **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.
- # **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.