

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: <u>5</u>

- MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des messages nos 008, 011, 052, 056, 256, 257, 258, 299, 324, 327, 349, 415, 416, 417, 532, 579 et 584
- Modification des messages nos 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

> Régie de l'assurance maladie Québec 🕶 🖼

INTRODUCTION

La Brochure nº 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

= 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

1. DE	EMANDES DE REMBOURSEMENT
1.0 A	AVANT-PROPOS
1.1 [DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES (formulaire 3336)
1.1. 1.1.	Description de la demande de remboursement Rédaction de la demande de remboursement
	DEMANDE DE REMBOURSEMENT DU PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE - ANNEXE XIX (formulaire 3814)
1.2. 1.2.	1 Description de la demande de remboursement
‡1.3 E	EXPÉDITION
2. PA	AIEMENT
2.1 N	MODE DE PAIEMENT
2.2	DÉLAI DE PAIEMENT
2.3 E	ÉTAT DE COMPTE
2.4	DESCRIPTION
2.4. 2.4.	1 Renseignements généraux (parties 1 à 9). 2 Sommaire
2.5 F	RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT
2.6 F	PAIEMENT AUTORISÉ TEL QUE RÉCLAMÉ
2.7	DEMANDE DE REMBOURSEMENT EN COURS DE TRAITEMENT
2.8 F	PAIEMENT REFUSÉ EN PARTIE
2.9 F	PAIEMENT REFUSÉ EN TOTALITÉ
2.10	MODIFICATION D'UNE DEMANDE DÉJÀ PAYÉE
2.11	ANNULATION D'UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT
2.12	CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS
2.12	2.1 Codes de transactions
3. MI	ESSAGES EXPLICATIFS (mesures incitatives)

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.gc.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			EMBOUR					
PROFESSIONNEL NOM	(2)			PRÉNOM				Nº DU PROFESSIONNEL
NOM DE L'ÉTABL						N° DE L'ÉT.	ABLISSEMENT	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT
ENDROIT DE OU LOCALITÉ						CODE DE I	LOCALITÉ	ANNÉE MOIS JOUR
FRANÇOE								<u> </u>
RESSOURCEMENT ET JOUR	PERFECTION 01	ONNEMEN 02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU
QUANTIÈME	(3)							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'ÉLOIGNEMEN	Т							
PÉRIODE ANNÉE MOIS	JOUR AU	ANNÉE	MOIS JOUR	AVEC DÉP	ENDANTS	SANS	S DÉPENDANTS	MONTANT RÉCLAMÉ
DÉMÉNAGEMENT								
DATE DU DÉMÉNAGEMENT	OCALITÉ DE DÉP	ART	1.	~TT/	TN	CODE	DE LOCALITÉ	
ANNÉE MOIS JOUR	OCALITÉ D'ARRIN	/ÉE	SPE	CIM	ET	CODE	DE LOCALITÉ	MONTANT RÉCLAMÉ
	[MOIS JOUR	ANNÉE	MOIS JO	DUR MONTANT RÉCLAMÉ
	FRAIS D'EN	FREPOSAGE	PÉRIODE DI			AU		1
			eduit du montant	DATE	NNÉE MOIS	S JOUR MONTA	ANT DE L'ESTIMÉ((1) MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)
SORTIE	réclamé)			/		<u> </u>	i	<u> </u>
DU ANNÉE 6 MOIS J	OUR AU	ANNÉE	MOIS JOUR N	IOMBRE DE PERSONNES AYA	NT EFFECTUE LA SORTI	111001110, aa1101	om, date de nais	eignements complémentaires », ssance et lien des dépendants
DÉPLACEMENT		NOMBRE						1
TYPE DE MESURE ANNÉE MOIS	JOUR MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALI	TÉ DE DÉPART		LOCALITÉ D'AF	RRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
7								1
								1
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement	1= Auto 2 3= Taxi 4						L DES FRAIS ÉPLACEMENT	
RENSEIGNEMENTS CO	MPLÉMENT	TAIRES						
	(8)							
SIGNATURE DU PROFE	SSIONNEL		oindre toutes le	es pièces justifica	tives original			uo do
J'atteste que les renseignemen la présente demande sont exac		SIGNATURE		9		DATE ANNÉE MOIS	JOUR l'as:	ie de surance maladie Québec 💀 🐼
3336 292 15/04 TRANS	SMETTRE À	LA RÉGIE	UNE COPI	E DU FORMU	AIRE POR	TANT VOTE	E SIGNATU	

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)

PROFESSIONNEL	DES	MESURE	S INCITAT	IVES				
UNTEL			1	PRÉNOM Pierre				N° DU PROFESSIONNEL 123456
NOM DE L'ÉTABL				1 leffe		N° DE ĽÉ	TABLISSEMENT	DATE DE DÉBUT DE
NDROIT OU Centre he	ospitalier	de Sept-Il	es			-	2693	PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOU
Sept-Iles						I	100alité 9711	2,0,A,A,0,6,1,
RESSOURCEMENT ET	PERFECTION	NNEMENT						
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUI
QUANTIÈME	15	16	17					$\begin{array}{c c} 2 & 0 & A & A & 0 & 6 & 1 \\ \hline AU & & & & \end{array}$
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	1	1	1					2 0 A A 0 6 1
ALLOCATION FORFAITAIRE Montant réclamé par jour)	180	180	180					TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE 540 00
PRIME D'ÉLOIGNEMEN ÉRIODE ANNÉE MOIS .	JOUR AU	ANNÉE N	IOIS JOUR	AVEC DÉP	ENDANTS	SAN	S DÉPENDANT	MONTANT RÉCLAMÉ
ATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR L	OCALITÉ D'ARRIV	YÉE S	PÉ	CIM	EN MOIS JOUR	COD	E DE LOCALITÉ E MOIS	MONTANT RÉCLAMÉ I JOUR MONTANT RÉCLAMÉ
	DEMANDE D		PÉRIODE DU	DATE	NNÉE MOIS	JOUR MON	TANT DE L'ESTIM	
ORTIE ÉRIODE ANNÉE MOIS J	réclamé)	ANNÉE M	OIS JOUR NOT	MBRE DE PERSONNES AYA	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, pré	nom, date de n	nseignements complémentaires aissance et lien des dépendan
1						qui ont effect	ué une sortie.	
DU								
DÉPLACEMENT PEDE DATE	MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITI	É DE DÉPART		LOCALITÉ D'A	RRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
DÉPLACEMENT DATE DATE	TRAMERORT	DE KM	LOCALITI	É DE DÉPART		LOCALITÉ D'A	RRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
DEPLACEMENT DATE DATE	TRAMERORT	DE KM	LOCALITI	É DE DÉPART		LOCALITÉ D'A	RRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
DÉPLACEMENT DATE DATE	TRAMERORT	DE KM	LOCALITI	É DE DÉPART		LOCALITÉ D'A	RRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
DÉPLACEMENT DATE DATE	TRAMERORT	DE KM	LOCALITI	É DE DÉPART		LOCALITÉ D'A	RRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
DÉPLACEMENT VIPE DE DATE ANNÉE MOIS RESSourcement ou perfectionnement	TRAMERORT	DE KM (AUTO)	LOCALITI	É DE DÉPART		Тотл	AL DES FRAIS	
DÉPLACEMENT DÉPLACEMENT DATE ANNÉE MOIS Ressourcement ou perfectionnement Sortie 3- Déménagement	JOUR TRANSPORT	DE KM (AUTO)	LOCALITI	É DE DÉPART		Тотл		
DÉPLACEMENT DÉPLACEMENT DATE ANNÉE MOIS Ressourcement ou perfectionnement Sortie 3- Déménagement	JOUR TRANSPORT	DE KM (AUTO)	LOCALITI	É DE DÉPART		Тотл	AL DES FRAIS	
DÉPLACEMENT DÉPLACEMENT DATE ANNÉE MOIS Ressourcement ou perfectionnement Sortie 3= Déménagement	JOUR TRANSPORT	DE KM (AUTO)	LOCALITI	É DE DÉPART		Тотл	AL DES FRAIS	
DÉPLACEMENT DÉPLACEMENT DATE ANNÉE MOIS Ressourcement ou perfectionnement Sortie 3- Déménagement	JOUR TRANSPORT	DE KM (AUTO)	LOCALITI	É DE DÉPART		Тотл	AL DES FRAIS	
DÉPLACEMENT DÉPLACEMENT DATE ANNÉE MOIS Ressourcement ou perfectionnement Sortie 3- Déménagement	JOUR TRANSPORT	DE KM (AUTO)	LOCALITI	É DE DÉPART		Тотл	AL DES FRAIS	
DÉPLACEMENT DÉPLACEMENT DATE ANNÉE MOIS Ressourcement ou perfectionnement Sortie 3- Déménagement	JOUR TRANSPORT	DE KM (AUTO)	LOCALITI	É DE DÉPART		Тотл	AL DES FRAIS	
DÉPLACEMENT DÉPLACEMENT DATE ANNÉE MOIS Ressourcement ou perfectionnement Sortie 3- Déménagement	JOUR TRANSPORT	DE KM (AUTO)	LOCALITI	É DE DÉPART		Тотл	AL DES FRAIS	
DÉPLACEMENT VPE DE DATE RESURE ANNÉE MOIS RESSOURCEMENT OU perfectionnement Sortie 3a Déménagement RENSEIGNEMENTS CO	JOUR TRANSPORT	DE KM (AUTO)		É DE DÉPART	atives originale	TOT/ DE I	AL DES FRAIS	
DÉPLACEMENT VIPE DE DATE ANNÉE MOIS RESSourcement ou perfectionnement	JOUR TRANSPORT 1= Auto 2 3= Taxi 4 DMPLÉMENT ESSIONNEL tts inscrits sur	DE KM (AUTO)			atives originale	TOT/ DE I	AL DES FRAIS ÉPLACEMEN	

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)

PROFESSIONNEL)			l s	PRÉNOM				N° DU PROFESSIONNEL
OW				RENOM				IN- DO PROFESSIONNEL
NOM DE L'ÉTABL	ISSEMENT					Nº DE L'ɹ	ABLISSEMENT	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT
OU LOCALITÉ						CODE DE	LOCALITÉ	ANNÉE MOIS JOUI
<u> </u>								
ESSOURCEMENT ET JOUR	PERFECTION 01	ONNEMENT 02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOU
QUANTIÈME	15	16	17					2 0 A A O 6 1
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	1	1	1					AU 2 0 A A 0 6 1
LLOCATION FORFAITAIRE Montant réclamé par jour)	180	180	180					TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE 540 00
RIME D'ÉLOIGNEMEN	IT)							
PIODE	JOUR AU	ANNÉE M	OIS JOUR	AVEC DÉF	ENDANTS	SAN	S DÉPENDANT	MONTANT RÉCLAMÉ S
	, AU							
ÉMÉNAGEMENT	OCALITÉ DE DÉPA	ART				COD	E DE LOCALITÉ	
ATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR	SOMETTE BE BETT		-6	CIM	FN		E DE EOONETTE	
	OCALITÉ D'ARRIV	ÉE S	PE	CI IV		COD	E DE LOCALITÉ	MONTANT RÉCLAMÉ
		$\overline{}$		ANNÉE	MOIS JOUR	ANNÉ	E MOIS	JOUR MONTANT RÉCLAMÉ
	FRAIS D'ENT	TREPOSAGE	PÉRIODE DU	l		AU		
	DEMANDE D	'AVANCE						
			L L		ANNÉE MOIS	JOUR MONT	ANT DE L'ESTIMÉ	(1) MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)
	(Le montant de réclamé)	l'avance sera dédu	it du montant	DATE	ANNÉE MOIS	JOUR MONT	ANT DE L'ESTIMÉ	MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)
PIODE			Laga					1
ANNÉE MOIS J	réclamé)	l'avance sera dédu	Laga	DATE		Inscrire, dans	la section « Rens	MONTANT DE L'ESTIMÉ(2) seignements complémentaires lissance et lien des dépendan
RIODE ANNÉE MOIS J	réclamé)	l'avance sera dédu	Laga	DATE		Inscrire, dans les nom, prér	la section « Rens	seignements complémentaires
EPLACEMENT DATE DATE	IOUR AU MOYEN DE	I'avance sera dédu ANNÉE MO I I I I I I NOMBRE	DIS JOUR NON	DATE L		Inscrire, dans les nom, prér qui ont effect	la section « Rens nom, date de na ué une sortie.	seignements complémentaires ilssance et lien des dépendan
EPLACEMENT DATE DATE	réclamé)	l'avance sera dédu	DIS JOUR NON	DATE		Inscrire, dans les nom, prér	la section « Rens nom, date de na ué une sortie.	seignements complémentaires
EPLACEMENT DATE ANNÉE MOIS J DATE	réclamé) OUR MOYEN DE	I'avance sera dédu ANNÉE MC I I I I NOMBRE DE KM	DIS JOUR NON	DATE L		Inscrire, dans les nom, prér qui ont effect	la section « Rens nom, date de na ué une sortie.	seignements complémentaires ilssance et lien des dépendan
EPLACEMENT DATE ANNÉE MOIS J DATE	réclamé) OUR MOYEN DE	I'avance sera dédu ANNÉE MC I I I I NOMBRE DE KM	DIS JOUR NON	DATE L		Inscrire, dans les nom, prér qui ont effect	la section « Rens nom, date de na ué une sortie.	seignements complémentaires ilssance et lien des dépendan
EPLACEMENT DATE ANNÉE MOIS J DATE	réclamé) OUR MOYEN DE	I'avance sera dédu ANNÉE MC I I I I NOMBRE DE KM	DIS JOUR NON	DATE L		Inscrire, dans les nom, prér qui ont effect	la section « Rens nom, date de na ué une sortie.	seignements complémentaires ilssance et lien des dépendan
EPLACEMENT DATE ANNÉE MOIS J DATE	réclamé) OUR MOYEN DE	I'avance sera dédu ANNÉE MC I I I I NOMBRE DE KM	DIS JOUR NON	DATE L		Inscrire, dans les nom, prér qui ont effect	la section « Rens nom, date de na ué une sortie.	seignements complémentaires ilssance et lien des dépendan
PEPLACEMENT PE DE DATE ESURE ANNÉE MOIS Ressourcement ou perfectionnement	réclamé) OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto 2	ANNÉE MC ANNÉE MC NOMBRE DE KM (AUTO)	DIS JOUR NON	DATE L		Inscrire, dans les nom, préi qui ont effect	la section « Rensom, date de na jé une sortie.	seignements complémentaires issance et lien des dépendan MONTANT RÉCLAMÉ
PEPLACEMENT PEP DATE SURE ANNÉE MOIS DATE SURE ANNÉE MOIS Ressourcement ou perfectionnement Sortie 3 – Déménagement	réclamé) OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto 2 3= Taxi 4	ANNÉE MC I I I I NOMBRE DE KM (AUTO) = Avion Autres	DIS JOUR NON	DATE L		Inscrire, dans les nom, préi qui ont effect	la section « Rens nom, date de na ué une sortie.	seignements complémentaires issance et lien des dépendan MONTANT RÉCLAMÉ
EPLACEMENT DATE SURE ANNÉE MOIS DATE ANNÉE MOIS Ressourcement ou perfectionnement Sortie 3= Déménagement	réclamé) OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto 2 3= Taxi 4	ANNÉE MC I I I I NOMBRE DE KM (AUTO) = Avion Autres	DIS JOUR NON	DATE L		Inscrire, dans les nom, préi qui ont effect	la section « Rensom, date de na jé une sortie.	seignements complémentaires issance et lien des dépendan MONTANT RÉCLAMÉ
ÉPLACEMENT ÉPLACEMENT PE D ANNÉE MOIS DATE ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS RESSURCEMENT OU perfectionnement Sortie 3= Déménagement ENSEIGNEMENTS CO	réclamé) OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto 2 3- Taxi 4	ANNÉE MC I I I I NOMBRE DE KM (AUTO) = Avion Autres	DIS JOUR NON	DATE L		Inscrire, dans les nom, préi qui ont effect	la section « Rensom, date de na jé une sortie.	seignements complémentaires issance et lien des dépendan MONTANT RÉCLAMÉ
ÉPLACEMENT ÉPLACEMENT PE D ANNÉE MOIS DATE ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS RESSURCEMENT OU perfectionnement Sortie 3= Déménagement ENSEIGNEMENTS CO	réclamé) OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto 2 3- Taxi 4	ANNÉE MC I I I I NOMBRE DE KM (AUTO) = Avion Autres	DIS JOUR NON	DATE L		Inscrire, dans les nom, préi qui ont effect	la section « Rensom, date de na jé une sortie.	seignements complémentaires issance et lien des dépendan MONTANT RÉCLAMÉ
FOR ANNÉE MOIS J LÉPLACEMENT PE DE DATE ESURE ANNÉE MOIS RESSOURCEMENT MOIS RESSOURCEMENT MOIS ENSEIGNEMENTS CO Formation continue	Tectamé) OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto 2 3= Taxi 4 OMPLÉMENT	ANNÉE MC I I I NOMBRE DE KM (AUTO) = Avion ==Autres AIRES	DIS JOUR NON	DATE L		Inscrire, dans les nom, préi qui ont effect	la section « Rensom, date de na jé une sortie.	seignements complémentaires issance et lien des dépendan MONTANT RÉCLAMÉ
PERIODE ANNÉE MOIS JUÉPLACEMENT TYPE DE DATE ESURE ANNÉE MOIS RESSOURCEMENT ANNÉE MOIS RESSOURCEMENT SORTIE 3= Déménagement ENSEIGNEMENTS CO Formation continue	Tectamé) OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto 2 3= Taxi 4 OMPLÉMENT	ANNÉE MC I I I NOMBRE DE KM (AUTO) = Avion ==Autres AIRES	DIS JOUR NON	DATE L		Inscrire, dans les nom, préi qui ont effect	la section « Rensom, date de na jé une sortie.	seignements complémentaires issance et lien des dépendan MONTANT RÉCLAMÉ
PERIODE ANNÉE MOIS JUÉPLACEMENT TYPE DE DATE ESURE ANNÉE MOIS RESSOURCEMENT ANNÉE MOIS RESSOURCEMENT SORTIE 3= Déménagement ENSEIGNEMENTS CO Formation continue	Tectamé) OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto 2 3= Taxi 4 OMPLÉMENT	ANNÉE MC I I I NOMBRE DE KM (AUTO) = Avion ==Autres AIRES	DIS JOUR NON	DATE L		Inscrire, dans les nom, préi qui ont effect	la section « Rensom, date de na jé une sortie.	seignements complémentaires issance et lien des dépendan MONTANT RÉCLAMÉ
FOR ANNÉE MOIS J LÉPLACEMENT PE DE DATE ESURE ANNÉE MOIS RESSOURCEMENT MOIS RESSOURCEMENT MOIS ENSEIGNEMENTS CO Formation continue	Tectamé) OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto 2 3= Taxi 4 OMPLÉMENT	ANNÉE MC I I I NOMBRE DE KM (AUTO) = Avion ==Autres AIRES	DIS JOUR NON	DATE L		Inscrire, dans les nom, préi qui ont effect	la section « Rensom, date de na jé une sortie.	seignements complémentaires issance et lien des dépendan MONTANT RÉCLAMÉ
FOR ANNÉE MOIS J LÉPLACEMENT PE DE DATE ESURE ANNÉE MOIS RESSOURCEMENT MOIS RESSOURCEMENT MOIS ENSEIGNEMENTS CO Formation continue	Tectamé) OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto 2 3= Taxi 4 OMPLÉMENT	NOMBRE DE KM (AUTO) ANIVE MC NOMBRE DE KM (AUTO) AVITABLE AVITA	DIS JOUR NON LOCALITE	DATE BIBRE DE PERSONNES AYE DE DÉPART	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	Inscrire, dans les nom, prét qui ont effect LOCALITÉ D'A	la section « Rensom, date de na jé une sortie.	seignements complémentaires issance et lien des dépendan MONTANT RÉCLAMÉ
DÉPLACEMENT DÉPLACEMENT DATE ANNÉE MOIS Ressourcement ou perfectionnement	Tectamé) OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto 2 3= Taxi 4 OMPLÉMENT DE en UMF	NOMBRE DE KM (AUTO) ANIVE MC NOMBRE DE KM (AUTO) AVITABLE AVITA	DIS JOUR NON LOCALITE	DATE L	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	Inscrire, dans les nom, prét qui ont effect LOCALITÉ D'A	la section « Rens nom, date de na ué une sortie. AL DES FRAIS ÉPLACEMEN	seignements complémentaires issance et lien des dépendan MONTANT RÉCLAMÉ

1.1.2 Rédaction de la demande de remboursement (parties 3, 7 et 8 - Selon la Lettre d'entente nº 249)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE			MBOURSI S INCITATI					
PROFESSIONNEL								
NOM UNTEL			PF	Pierre				N° DU PROFESSIONNEL 123456
NOM DE L'ÉTABL	ISSEMENT			Pierre		Nº DE L'É1	ABLISSEMENT	DATE DE DÉBUT DE
ENDBOIT CI SC du	CSSS de	l'Hématit	e				1292	PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOUR
DE PRATIQUE OU CLISC UU						CODE DE	LOCALITÉ	2 0 A A O 6 1 5
RESSOURCEMENT ET	PERFECTION 01	ONNEMENT 02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR
QUANTIÈME	15	16	17					2 $ 0$ $ A$ $ A$ $ 0$ $ 6$ $ 1$ $ 5$
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	Note	: Ne rien	inscrire su	r cette ligr	ie.			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'ÉLOIGNEMEN								MONTANT RÉCLAMÉ
DU ANNÉE MOIS	JOUR AU	ANNÉE M	OIS JOUR [AVEC DÉPI	ENDANTS	SAN	S DÉPENDANTS	
DÉMÉNAGEMENT								_
DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR	OCALITÉ DE DÉP	ART				CODI	E DE LOCALITÉ	
	OCALITÉ D'ARRIV	/ÉΕ				CODI	E DE LOCALITÉ	MONTANT RÉCLAMÉ
	FRAIS D'ENT	TREPOSAGE	PÉRIODE DU	ANNÉE	MOIS JOUR	ANNÉ!	E MOIS J	OUR MONTANT RÉCLAMÉ
	DEMANDE D	'AVANCE l'avance sera dédu	uit du montant	DATE	NNÉE MO	DIS JOUR MONT	ANT DE L'ESTIMÉ	``
SORTIE	réclamé)						l I	1
DÉDIONE	JOUR AU	ANNÉE M	OIS JOUR NOMB	RE DE PERSONNES AYAN	T EFFECTUÉ LA SOR	miscrire, dans	nom, date de nai	eignements complémentaires » ssance et lien des dépendants
DÉPLACEMENT								
TYPE DE MESURE ANNÉE MOIS	MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ	DE DÉPART		LOCALITÉ D'AI	RRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
1 2 0 A A 0 6	1,5 2	I	Fermont		Mo	ntréal		525¦00
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement	1= Auto 2 3= Taxi 4				'		AL DES FRAIS ÉPLACEMENT	525 00
RENSEIGNEMENTS CO	OMPLÉMENT	AIRES						
Ataliana de ees				lomás T r	المسلم		<u> </u>	
- Ateliers du progra	ımme de 10	ormation (en acces ac	iapte - Let	tre a en	ente n° 24;	9	
SIGNATURE DU PROFE		Join SIGNATURE	ndre toutes les			DATE		jie de
J'atteste que les renseignemer la présente demande sont exact			Pierr	re Unte	el .	ANNÉE MOIS A A 0 7	1	Québec

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 nº 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 nº 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 nº 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)

ОМ			F	PRÉNOM				N° DU PROFESSIONNEL
	051151					luo		
NOM DE L'ÉTABLIS	SSEMENT					N° DE L'ÉTAI	BLISSEMENT	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT
RATIQUE OU LOCALITÉ						CODE DE LO	CALITÉ	ANNÉE MOIS JOU
 		onnene ve						
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOU
QUANTIÈME								
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)								AU
ALLOCATION FORFAITAIRE Montant réclamé par jour)								TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE I
RIME D'ÉLOIGNEMEN								
1	our 1 AU o		NOIS JOUR	X AVEC DÉF	ENDANTS	SANS	DÉPENDANTS	MONTANT RÉCLAMÉ S 7 094 17
	1 40 2	2 0 A A 1	1 3 0					7 034 17
DÉMÉNAGEMENT ATE DU DÉMÉNAGEMENT LC	CALITÉ DE DÉF	PART			T	CODE	DE LOCALITÉ	
ANNÉE MOIS JOUR			DÉ	CIM	FIN			
LC	CALITÉ D'ARRI	VÉE	SPE	OTTA:		CODE	DE LOCALITÉ	MONTANT RÉCLAMÉ
		$\overline{}$		ANNÉE	MOIS JOUR	ANNÉE	MOIS J	IOUR MONTANT RÉCLAMÉ
	FRAIS D'EN	TREPOSAGE	PÉRIODE DU	1		AU		
	DEMANDE [1		ANNÉE MOIS	JOUR MONTAI	NT DE L'ESTIMÉ	(1) MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)
	(Le montant de réclamé)	e l'avance sera déd	uit du montant	DATE				
Jalah di -			7					
ÉRIODE ANNÉE MOIS JO	DUR	ANNÉE M	IOIS JOUR NO	MBRE DE PERSONNES AYA	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	Inscrire, dans la	section « Rens	seignements complémentaires
PIODE	DUR AU	ANNÉE M	IOIS JOUR NOM	MBRE DE PERSONNES AYA	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	moorno, aano la	m, date de na	eignements complémentaires issance et lien des dépendan
ERIODE ANNÉE MOIS JO	1 1	ANNÉE M	IOIS JOUR NOM	MBRE DE PERSONNES AYA	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno	m, date de na	
DU MOIS JO DU MOIS JO DÉPLACEMENT PE DE DATE	MOYEN DE	NOMBRE DE KM		MBRE DE PERSONNES AYA	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno	m, date de na une sortie.	
PRIODE ANNÉE MOIS JO DU MOIS JO DÉPLACEMENT VPE DE DATE	AU	NOMBRE			NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno qui ont effectué	m, date de na une sortie.	issance et lien des dépendar
DU MOIS JO DU MOIS JO DÉPLACEMENT PE DE DATE	MOYEN DE	NOMBRE DE KM			NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno qui ont effectué	m, date de na une sortie.	issance et lien des dépendar
DU NOS JO	MOYEN DE	NOMBRE DE KM			NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno qui ont effectué	m, date de na une sortie.	issance et lien des dépendar
DU NOS JO	MOYEN DE	NOMBRE DE KM			NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno qui ont effectué	m, date de na une sortie.	issance et lien des dépendar
DU NOIS JO	MOYEN DE	NOMBRE DE KM			NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno qui ont effectué	m, date de na une sortie.	issance et lien des dépendar
PEPLACEMENT PEPLACEMENT ANNÉE MOIS JO DATE ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS RESSURCEMENT RESSURCEMENT ANNÉE MOIS RESSURCEMENT RES	MOYEN DE	NOMBRE DE KM (AUTO)			NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno qui ont effectué LOCALITÉ D'ARF	m, date de na une sortie.	MONTANT RÉCLAMÉ
PEPLACEMENT PEP D DATE SURE ANNÉE MOIS JC DATE ANNÉE MOIS JC PEPLACEMENT ANNÉE MOIS JC AN	JOUR TRANSPOR	NOMBRE DE KM (AUTO) 2- Avion 4-Autres			NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno qui ont effectué LOCALITÉ D'ARF	m, date de na une sortie.	MONTANT RÉCLAMÉ
PERIODE ANNÉE MOIS JO DU PERIODE ANNÉE MOIS JO PERIODE ANNÉE MOIS	JOUR TRANSPOR	NOMBRE DE KM (AUTO) 2- Avion 4-Autres			NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno qui ont effectué LOCALITÉ D'ARF	m, date de na une sortie.	MONTANT RÉCLAMÉ
PERIODE ANNÉE MOIS JE DU ÉPLACEMENT	JOUR TRANSPOR	NOMBRE DE KM (AUTO) 2- Avion 4-Autres	LOCALITI		NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno qui ont effectué LOCALITÉ D'ARF	m, date de na une sortie.	MONTANT RÉCLAMÉ
PEPLACEMENT PPE DE DATE ESURE ANNÉE MOIS JO NO DATE ANNÉE MOIS RESSOURCEMENT RESSOURCEMENT RESSOURCEMENT SORTIE 3= Déménagement RENSEIGNEMENTS CO Renseignement	JOUR TRANSPOR 1 1= Auto 3= Taxi MPLÉMEN 2 relatif a	NOMBRE DE KM (AUTO) 2- Avion 4-Autres TAIRES	LOCALITI	É DE DÉPART	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno qui ont effectué LOCALITÉ D'ARF	m, date de na une sortie.	MONTANT RÉCLAMÉ
PRESOURCEMENT PRESSURCEMENT ANNÉE MOIS JE DATE ANNÉE MOIS ANN	JOUR TRANSPOR 1 1= Auto 3= Taxi MPLÉMEN 2 relatif a	NOMBRE DE KM (AUTO) 2- Avion 4-Autres	LOCALITI		NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno qui ont effectué LOCALITÉ D'ARF	m, date de na une sortie.	MONTANT RÉCLAMÉ
DU DÉPLACEMENT DÉPLACEMENT DATE ESURE ANNÉE MOIS JO DATE ANNÉE MOIS RESSOURCEMENT RESSOURCEMENT RESSOURCEMENT SORTIE 3= Déménagement RENSEIGNEMENTS CO Renseignement	JOUR TRANSPOR	NOMBRE DE KM (AUTO) 2- Avion 4-Autres TAIRES	LOCALITI	É DE DÉPART	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno qui ont effectué LOCALITÉ D'ARF	m, date de na une sortie.	MONTANT RÉCLAMÉ
DU DÉPLACEMENT DÉPLACEMENT DATE ESURE ANNÉE MOIS JO DATE ANNÉE MOIS RESSOURCEMENT RESSOURCEMENT RESSOURCEMENT SORTIE 3= Déménagement RENSEIGNEMENTS CO Renseignement	JOUR TRANSPOR	NOMBRE DE KM (AUTO) 2- Avion 4-Autres TAIRES	LOCALITI	É DE DÉPART	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno qui ont effectué LOCALITÉ D'ARF	m, date de na une sortie.	MONTANT RÉCLAMÉ
DU DÉPLACEMENT DÉPLACEMENT DATE ESURE ANNÉE MOIS JO DATE ANNÉE MOIS RESSOURCEMENT RESSOURCEMENT RESSOURCEMENT SORTIE 3= Déménagement RENSEIGNEMENTS CO Renseignement	JOUR TRANSPOR	NOMBRE DE KM (AUTO) 2- Avion 4-Autres TAIRES	LOCALITI	É DE DÉPART	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, préno qui ont effectué LOCALITÉ D'ARF	m, date de na une sortie.	MONTANT RÉCLAMÉ
DU DÉPLACEMENT DÉPLACEMENT DATE ESURE ANNÉE MOIS JO DATE ANNÉE MOIS RESSOURCEMENT RESSOURCEMENT RESSOURCEMENT SORTIE 3= Déménagement RENSEIGNEMENTS CO Renseignement	JOUR TRANSPOR 1 = Auto 3 = Taxi MPLÉMEN 2 relatif a Da	NOMBRE DE KM (AUTO) 2- Avion 4-Autres TAIRES TAIRES Joi	LOCALITI	É DE DÉPART		les nom, préno qui ont effectué LOCALITÉ D'ARF	m, date de na une sortie.	MONTANT RÉCLAMÉ

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; : novembre, décembre, janvier;

: 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)

NOM DE L'ÉTABLI DROIT ATIQUE OU LOCALITÉ LESSOURCEMENT ET JOUR QUANTIÈME								
DROIT ATIQUE OU LOCALITÉ LOCALITÉ JOUR						I		,
LOCALITE LOCALITE LOCALITE JOUR						N° DE L'E	TABLISSEMENT	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROI
JOUR						CODE DE	LOCALITÉ	ANNÉE MOIS JO
JOUR	DEDEEATI	ONNEMENT	•					
QUANTIÈME	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOI
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)								AU
LLOCATION FORFAITAIRE Montant réclamé par jour)								TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE
RIME D'ÉLOIGNEMEN								
OU ANNÉE MOIS	OUR AU	ANNÉE I	MOIS JOUR	AVEC DÉF	ENDANTS	SAN	IS DÉPENDANT	MONTANT RÉCLAMÉ
ÉMÉNAGEMENT								1
ATE DU DÉMÉNAGEMENT	DCALITÉ DE DÉF				TINT	COL	DE DE LOCALITÉ	
ANNÉE MOIS JOUR	Montré DCALITÉ D'ARRI		DÉ	CIM	FIN	COI	66546 DE DE LOCALITÉ	MONTANT RÉCLAMÉ
0, A, A, 0, 6, 0, 1	Fermon	t C)[17.				69761	5 549 98
	FRAIS D'EN	TREPOSAGE	PÉRIODE DU	ANNÉE	MOIS JOUR	AU ANNE	ÉE MOIS	JOUR MONTANT RÉCLAMÉ
	DEMANDE I	DIAMANOE			ANNÉE MOIS		TANT DE L'ESTIM	É(1) MONTANT DE L'ESTIMÉ(2
		e l'avance sera déd	luit du montant	DATE			1	1
ORTIE			LNON	BRE DE PERSONNES AYA	ALT EEEECTIJÉ I A CODTIE	1	1 5	
OU ANNÉE MOIS J	OUR AU	ANNÉE M	IOIS JOUR NUN	DIE DE l'ENCOMIEC	ar Erreorde Erroomie	les nom, pré		seignements complémentaires aissance et lien des dépenda
ÉPLACEMENT						qui oni onio		
PE DE DATE	MOYEN DE TRANSPOR		LOCALITÉ	DE DÉPART		LOCALITÉ D'A	ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
ESURE ANNÉE MOIS	JOUR THANSPUR	(AUTO)						
								1
Ressourcement ou perfectionnement	1 1- Auto	2= Avion				Тот	AL DES FRAIS	<u> </u>
Sortie 3= Déménagement	3= Taxi						DÉPLACEMEN	
ENSEIGNEMENTS CO	MPLÉMEN	TAIRES						
		Joi	ndre toutes les	pièces justifica	atives originale	s.		
IGNATURE DU PROFE atteste que les renseignemen		SIGNATURE				DATE ANNÉE MOIS		egie de essurance maladie

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)

OM			F	RÉNOM				N° DU PROFESSIONNEL
NOM DE L'ÉTAB	LISSEMENT					Nº DE L'É1	ABLISSEMENT	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT
NDROIT E RATIQUE OU LOCALITÉ						CODE DE	LOCALITÉ	ANNÉE MOIS JOU
RESSOURCEMENT ET	PERFECTION	ONNEMENT						
JOUR QUANTIÈME	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOU
RÉMUNÉRATION								AU
(1 jour ou 0,5 jour)								TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								FORFAITAIRE
PRIME D'ÉLOIGNEME								MONTANT RÉCLAMÉ
DU ANNÉE MOIS	JOUR AU	ANNÉE N	IOIS JOUR	AVEC DÉPE	NDANTS	SAN	S DÉPENDANTS	MONTANT RECLAME
DÉMÉNAGEMENT								
NATE DU DÉMÉNAGEMENT	LOCALITÉ DE DÉP	ART	,	~ + 7 /	UNI	COD	DE LOCALITÉ	
ANNÉE MOIS JOUR	LOCALITÉ D'ARRIV	/ÉE	PÉ	CIM	FIN	COD	DE LOCALITÉ	MONTANT RÉCLAMÉ
		<u> </u>	11 1	ANNÉE M	OIS JOUR	ANNÉI	E MOIS JOI	JR MONTANT RÉCLAMÉ
	FRAIS D'EN	TREPOSAGE	PÉRIODE DU			AU	. . .	!
	DEMANDE D		\		NÉE MOIS	JOUR MONT	ANT DE L'ESTIMÉ(1) MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)
SORTIE	(Le montant de réclamé)	l'avance sera déd	uit du montant	DATE			- 1	
ÉRIODE ANNÉE MOIS	JOUR	ANNÉE M	OIS JOUR NON	IBRE DE PERSONNES AYANT	EFFECTUÉ LA SORTIE			ignements complémentaires sance et lien des dépendan
DU 2 0 A A 0 6	1 ₁ 5 AU 2	0 A A 0	6 2 0	3		qui ont effecti		sando ot non deo depondan
DÉPLACEMENT DATE DATE	MOYEN DE	NOMBRE			T			I .
YPE DE	JOUR TRANSPORT	DE KM (AUTO)	LOCALITÉ	DE DÉPART		LOCALITÉ D'AI	RRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
IESURE ANNÉE MOIS			_		3.6	tráal		876 24
ANNEE MOIS	1 1 5 1	1217	Fermont		Mon	ueai		
ANNEE MOIS	5 1,5 1	1217	Fermont		Mon	.ueai		010 24
ANNEE MOIS	5 1,5 1	1217	Fermont		Mon	trear		
2 2 10 A A O 6			Fermont		Mon		L DES FRAIS	
2 2 10 1A 1A 1 0 6	1= Auto :	2= Avion 4=Autres	Fermont		Mon	Тота	IL DES FRAIS ÉPLACEMENT	
2 2 10 1A 1A 1 0 6	1= Auto :	2= Avion 4=Autres	Fermont		Mon	Тота		
2 2 10 1A 1A 0 6	1= Auto : 3= Taxi	z= Avion 4=Autres TAIRES			Mon	Тота		
2 2 10 1A 1A 1 0 6	1= Auto : 3= Taxi	z= Avion 4=Autres TAIRES			Mon	Тота		
2 2 10 1A 1A 10 6	1= Auto : 3= Taxi	z= Avion 4=Autres TAIRES			Mon	Тота		
2 2 10 1A 1A 10 6	1= Auto : 3= Taxi	z= Avion 4=Autres TAIRES			Mon	Тота		
2 2 10 1A 1A 10 6	1= Auto : 3= Taxi	z= Avion 4=Autres TAIRES			Mon	Тота		
2 2 0 A A O 6	1=Auto: 3=Taxi: OMPLÉMENT	≥= Avion 4=Autres TAIRES ectué la so	rtie.	pièces justificat		TOTA DE D		

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)

RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT OUGANTEME REMUNERATION () GUE 03 04 05 06 07 ANNEE MOS JOHN () GUE 04 05 06 07 ANNEE MOS JOHN ALCOCATION POPRATAIRE (Montant rickiams par jour) PRIME D'ÉLOIGNEMENT DOCALITÉ DE DEPART LOCALITÉ D'ARRIVÉE D'ÉMBANGEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE D'ÉMBANGEMENT DOCALITÉ D'ARRIVÉE D'ÉMBANGEMENT DOCALITÉ D'ARRIVÉE D'ÉMBANGEMENT DOCALITÉ D'ARRIVÉE DOCALITÉ D'ARRIVÉE BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT RÉCLAMÉ PRIME D'ÉLOIGNEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT RÉCLAMÉ PRIME D'ÉLOIGNEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT RÉCLAMÉ PRIME D'ÉLOIGNEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT RÉCLAMÉ BROOR D'ÉPLACEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT DE LESTIMEÇI LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT DE LESTIMEÇI LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ BROOR D'ÉPLACEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT DE LESTIMEÇI LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT DE LESTIMEÇI LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT DE LESTIMEÇI LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT DE LESTIMEÇI LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT RÉCLAMÉ BROOR D'ÉPLACEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT RÉCLAMÉ BROOR D'ÉPLACEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT RÉCLAMÉ BROOR D'ÉPLACEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT RÉCLAMÉ BROOR D'ÉPLACEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT RÉCLAMÉ BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT DE LESTIMEÇI MONTANT RÉCLAMÉ BROOR ANNEE MOS JOHN MONTANT RÉCLAMÉ ANNEE MOS JOHN MONTANT RÉCLAMÉ ANNEE MOS JOHN MONTANT RÉCLAMÉ BROO	ОМ			1	PRÉNOM				N° DU PROFESSIONNEL
COLOCALTE ODE DE LOCALTE ODE DE LOCALTE ODE DE LOCALTE ANSE MOS JOUR OLOCALTE DE PRINCE DU ANSE MOS JOUR ANSE MOS JOUR FRAID DE LOCALTE DE GERART ANSE MOS JOUR DEMANDE DAVANCE FRAID DENTREPOSAGE PÉRIODE DU DEMANDE DAVANCE INCREMENTATION IN	1	ISSEMENT					N° DE ĽÉ1	ABLISSEMENT	
OUR OI 02 03 04 05 06 07 MANEE MOS DU NAME MOS DU NAME MOS DU NAMEE MOS DUSTINE PRINCE DEPENDANTS PRINCE MOS DUSTINE D'ELOIGNEMENT DEMENAGEMENT ANTE DISCRIPTION OF PRINCE MOS DUSTINE DEPENDANT ANTE DISCRIPTION OF PRINCE MOS DUSTINE DEPENDANT ANTE MOS DUSTINE D'ENTREPOSAGE PERIODE DU NAMEE MOS DUSTINE MONTANT RECLAME FRAIS D'ENTREPOSAGE PERIODE DU NAMEE MOS DUSTINE MONTANT DE LESTIME(I) DEMANDE D'ANNOE LIGURATION OF PRINCE MOS DUSTINE MONTANT DE LESTIME(I) DEMANDE D'ANNOE LIGURATION OF PRINCE MOS DUSTINE MONTANT DE LESTIME(I) DEMANDE D'ANNOE LIGURATION OF PRINCE MOS DUSTINE MONTANT DE LESTIME(I) DEMANDE D'ANNOE LIGURATION OF PRINCE MOS DUSTINE MONTANT DE LESTIME(I) DEMANDE D'ANNOE LIGURATION OF PRINCE MOS DUSTINE MONTANT DE LESTIME(I) DEPLACEMENT PRINCE DATE MOSSION MONTANT RECLAME MOSSION MONTANT DE LESTIME(I) LIGURATION D'ANNOE LIGURATION	E OU LOCALITÉ						CODE DE	LOCALITÉ	
QUANTIÈME REMANERATION (1 jour du 0.5 jour) ALLOCATION PERPITATIRIE (Montant réclame) REMOSE MOSE JOUR AU ANSEE MOS JOUR AU ANSEE MOS JOUR MONTANT RÉCLAME DEMANAGE MOSE JOUR MONTANT RÉCLAME DEMANAGE MOSE JOUR MONTANT RÉCLAME DEMANAGE MOSE JOUR MONTANT RÉCLAME REMOSE MOSE JOUR MONTANT RÉCLAME DEMANAGE MOSE JOUR MONTANT RÉCLAME REMOSE MOSE JOUR MONTANT RÉCLAME DEMANDE D'AVANCE (Le montant de finances sera décair du montant le resources de réclame de réclame le réclame le carrière le réclame l	RESSOURCEMENT ET	PERFECTION	ONNEMENT						
RÉMUNERATION (1 jour du 0.5 jour) AU ALLOCATION PERFATURE (Montaint réclamé par jour) PRIME D'ÉLOIGNEMENT DE D'ÉLOIGNEMENT D'ÉLESEAME FILIDIONN D'ÉLOIGNEMENT D'ÉLESEAME FILIDIONN D'ÉLESEAME FILIDIO	JOUR			03	04	05	06	07	
PRIME D'ELOISNEMENT BROODE ANNÉE MOS JOUR AU ANNÉE MOS JOUR ANNÉE MOS JOUR AVEC DÉPENDANTS SANS DÉPENDANTS MONTANT RECLAME DU ANNÉE MOS JOUR AU ANNÉE MOS JOUR ANNÉE MOS JOUR ANNÉE MOS JOUR AU ANNÉE MOS JOUR ANNÉE MOS JOUR MONTANT RECLAME FRAIS D'ENTREPOSAGE PÉRIODE DU ANNÉE MOS JOUR ANNÉE MOS JOUR MONTANT RECLAME DEMANDE D'AVANCE (La montant de fravancia sera déduit du montant de fravancia sera des des déduit du montant de fravancia sera déduit du montant de fravancia sera des									AU
PRIME D'ÉLOIGNEMENT RROOD ANNÉE MOS JOUR AU ANNÉE MOS JOUR ANNÉE MOS JOUR ANNÉE MOS JOUR ANNÉE MOS JOUR MONTANT RÉCLAMÉ DÉMÉNAGEMENT DOTE DU DÉMENAGEMENT ANNÉE MOS JOUR LOCALITÉ DE DÉPART ANNÉE MOS JOUR MONTANT RÉCLAMÉ DEMANDE D'AVANDE LOCALITÉ D'ARRIVÉE CEMANDE D'AVANDE LOCALITÉ D'ARRIVÉE CEMANDE D'AVANDE LOCALITÉ D'ARRIVÉE COMMENTE MOS JOUR MONTANT RÉCLAMÉ DATE ANNÉE MOS JOUR MONTANT RÉCLAMÉ DATE ANNÉE MOS JOUR MONTANT RÉCLAMÉ DATE ANNÉE MOS JOUR MONTANT RÉCLAMÉ LOCALITÉ D'ARRIVÉE D'ÉLOIGNEMENT NOMBRE DE PRISONES RANT EFRICTIE LA SOITIE LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ NOMBRE DE PRISONES RANT EFRICTIE LA SOITIE LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ NOMBRE MOS JOUR MONTANT RÉCLAMÉ TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT TOTAL DES FRAIS LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ UNTEL, Julie 1968-05-04 conjointe UNTEL, François 1995-04-27 fils SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DU PROFESSIONNEL									
DEMENAGEMENT DATE DATE DATE DATE MOSS JOUR AND LOCALITÉ DE DÉPARTI DATE MOSS JOUR MONTANT RÉCLAMÉ MOSS JOUR MONTANT RÉCLAME MOSS JOUR MONTANT RÉCLAME ANNÉE MOSS JOUR MONTANT RÉCLAME MOSS JOUR MONTANT RÉCLAME DATE MOSS JOUR MONTANT DE LESTIMÉ(1) MONTANT RÉCLAME DATE MOSS JOUR MONTANT DE LESTIMÉ(2) MONTANT RÉCLAME MOSS JOUR MONTANT RÉCLAME LOCALITÉ DE DÉPART LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAME MONTANT RÉCLAME MONTANT RÉCLAME MONTANT RÉCLAME MONTANT RÉCLAME TOTAL DES FRAIS LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAME MO									TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE I I
DEMENAGEMENT DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR LOCALITÉ DE DÉPART LOCALITÉ D'ARRIVÉE SPÉCINEN DEMANDE D'AVANCE (IL en montant de l'avence sera déduit du montant DATE BRODE ANNÉE MOIS JOUR MONTANT RÉCLAMÉ PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR MONTANT DE L'ESTIMÉ (1) MONTANT DE L'ESTIMÉ (2) MONTANT DE L'ESTIMÉ (3) MONTANT DE L'ESTIMÉ (4) MONT	ÉDIODE								ΜΟΝΤΑΝΤ ΒΕΟΙΑΜΕ
DEPLACEMENT DATE ANNÉE DATE ANNÉE ANNÉE DATE ANNÉE	ANNEE WOS	1 1	ANNÉE M	IOIS JOUR	AVEC DÉF	ENDANTS	SAN	S DÉPENDANT	
SORTE FRAIS D'ENTREPOSAGE PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR MONTANT RÉCLAMÉ FRAIS D'ENTREPOSAGE PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR MONTANT DE L'ESTIMÉ(2) LLe montant de l'avance sera déduit du montant DATE REDUCE ANNÉE MOIS JOUR MONTANT DE L'ESTIMÉ(2) LLe montant de l'avance sera déduit du montant DATE REDUCE ANNÉE MOIS JOUR MONTANT DE L'ESTIMÉ(2) LLE MONTANT RÉCLAMÉ MOIS JOUR MONTANT DE L'ESTIMÉ(2) LE MOIS JOUR MONTANT DE L'ESTIMÉ(2) LE MOIS JOUR MONTANT DE L'ESTIMÉ(2) LE MOIS JOUR MONTANT DE L'ESTIMÉ(2) L'EN CALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MOIS JOUR MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ LOCALITÉ D'ARRIVÉE LOCALITÉ D'ARRIVÉE LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ LOCALITÉ D'ARRIVÉE	DÉMÉNAGEMENT								
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de favance serra déduit du montant DATE PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR MONTANT DE L'ESTINÉ(!) DEMANDE D'AVANCE (Le montant de favance serra déduit du montant DATE RENOUE ANNÉE MOIS JOUR MONTANT DE L'ESTINÉ(!) DEPLACEMENT DE DATE MOYER DE NOME ANNÉE MOIS JOUR MOYER DE NOME DE PRESCHIÉS RYANT EFFECTIL LA SORTE INSCRIPTION DE L'ESTINÉ(!) LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MOYER DE NOME DE RASCHIÉS RYANT EFFECTIL LA SORTE INSCRIPTION DE L'ESTINÉ(!) LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MOYER DE NOME DE RASCHIÉS RYANT EFFECTIL LA SORTE INSCRIPTION DE L'ESTINÉ(!) LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ RÉGIE dE MONTANT RÉCLAMÉ RÉGIE dE RÉGIE dE RÉGIE dE RÉGIE dE RÉGIE dE	DATE DU DÉMÉNAGEMENT	OCALITÉ DE DÉP	ART	1-	~ T T /	TN	COD	E DE LOCALITÉ	
FRAIS D'ENTREPOSAGE PÉRIODE DU DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant de l'avance sera deduit du montant de l'avance servation de du l'avance servation de du l'avance servation de l'avance servation de		OCALITÉ D'ARRIV	VÉE C	PE	$\frac{C1N}{C}$	DI	COD	E DE LOCALITÉ	MONTANT RÉCLAMÉ
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant DATE MONS JOUR ANNÉE MOIS JOUR MONTANT DE L'ESTIMÉ(!) LE MONTANT DE L'ESTIMÉ(!) LE MONTANT DE L'ESTIMÉ(!)			<u> </u>	11 11	ANNÉE	MOIS IOUR	ANNÉ	MOIS	I I
SORTIE ERIODE ANNÉE MOIS JOUR AU ANNÉE MOIS JOUR AU ANNÉE MOIS JOUR NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendant qui ont effectué une sortie. DÉPLACEMENT TOTAL DES FRAIS DE MONTANT RÉCLAMÉ ANNÉE MOIS JOUR TRAISFORT BENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES UNTEL, Julie 1968-05-04 conjointe UNTEL, François 1995-04-27 fils Joindre toutes les pièces justificatives originales. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL JOINDRE L'ANNÉE MOIS JOUR TRAISFORT JOINDRE L'ANNÉE MOIS JOUR TRAISFORT ANNÉE MOIS JOUR TRAISFORT ANNÉE MOIS JOUR TRAISFORT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT JOINDRE L'ANNÉE MONTANT RÉCLAMÉ TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT JOINDRE L'ANNÉE MOIS JOUR TRAISFORT ANNÉE MOIS JOUR TRAISFORT ANNÉE MOIS JOUR TRAISFORT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT JOINDRE L'ANNÉE MOIS JOUR TRAISFORT ANNÉE MOIS JOUR TRAISFORT ANNÉE MOIS JOUR TRAISFORT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT ANNÉE MOIS JOUR TRAISFORT ANNÉE MOIS JOUR TRAISFORT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT JOINT JURE D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT ANNÉE MOIS JOUR TRAISFORT ANNÉE MO		FRAIS D'EN	TREPOSAGE	PÉRIODE DU	ANNEE	MOIS JOUR			JOOR MONTANT RECEAULE
SORTIE PERIODE ANNÉE MOIS JOUR AU ANNÉE MOIS JOUR MONIBRE DE PERSONNES AVANT EMECTUÉ LA SORTIE Inscrire, dans la section = Renseignements complémentaires les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendan qui ont effectué une sortie. DÉPLACEMENT TYPE DE ANNÉE MOIS JOUR MONIBRE DE KM (AUTO) LOCALITÉ DE DÉPART LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ 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 DU PROFESSIONNEL		DEMANDE D)'AVANCE			ANNÉE MOIS	JOUR MONT	ANT DE L'ESTIME	É(1) MONTANT DE L'ESTIMÉ(0
SORTIE PERIODE ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires les norm, prénom, date de naissance et lien des dépendant qui ont effectué une sortie. DÉPLACEMENT TYPE DE DATE ANNÉE MOIS JOUR PRANSFORT DE RM MOYEN DE NOMBRE MOYEN DE NOMBRE DE RM MOYEN DE RANGE MOIS JOUR PRANSFORT (AUTO) LOCALITÉ DE DÉPART LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ UNTEL, Julie 1968-05-04 conjointe UNTEL, François 1995-04-27 fils Joindre toutes les pièces justificatives originales. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DU PROFESSIONNEL								MINI DE LESTINE	E(1) INIONIANI DE LESTINE(2
DÉPLACEMENT TYPE DE LA DATE MOYEN DE LOCALITÉ DE DÉPART NOMBRE ANNÉE MOIS JOUR RANGE LES COMPLÉMENTAIRES LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ ANNÉE MOIS JOUR RANGE LES COMPLÉMENTAIRES LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MOYEN DE KM AUTO LOCALITÉ DE DÉPART LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉCLAMÉ TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ MONTANT RÉC			ravance sera dedi	uit du montant	DATE	ı		I I	E(1) MONTANT DE LESTIME(2
DÉPLACEMENT TYPE DE DATE MOYEU DE DE KM (AUTO) LOCALITÉ DE DÉPART LOCALITÉ D'ARRIVÉE MONTANT RÉCLAMÉ RESSOURCEMENT DU PERFECTIONNEMENT S'EMBASPORT DE KM (AUTO) 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 RÉGIE de	ÉDIODE	réclamé)				NA SECRETARIÓ LA CONTUE		! !	
TOTAL DES FRAIS RESOurcement ou pertectionnement - Resourcement ou pertectionnement - Sortie 3- Déménagement UNTEL, Julie 1968-05-04 conjointe UNTEL, François 1995-04-27 fils Joindre toutes les pièces justificatives originales. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PÉRIODE ANNÉE MOIS J	réclamé)				NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér	la section « Ren	l seignements complémentaires
RESOURCEMENT OU PETECTIONNEMENT 1= AUTO 2- AVION 3= TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 1= AUTO 2- AVION 3= TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 1= AUTO 2- AVION 3= TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 1= AUTO 2- AVION 3= TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 1= AUTO 2- AVION 3= TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 1= AUTO 2- AVION 3= TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 1= AUTO 2- AVION 3= TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 1= AUTO 2- AVION 3= TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 1= AUTO 2- AVION 3= TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 1= AUTO 2- AVION 3= TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 1= AUTO 2- AVION 3= TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 1= AUTO 2- AVION 3= TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 1= AUTO 2- AVION 3= TOTAL DES FRAIS 1= AUTO 2- AVION 3= TOTAL DES FRAIS 1= AUTO 2- AVION	PÉRIODE ANNÉE MOIS J	réclamé)				NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér	la section « Ren	l seignements complémentaires
SOUNTEL, Julie 1968-05-04 conjointe UNTEL, François 1995-04-27 fils Joindre toutes les pièces justificatives originales. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DATE Régie de	DÉPLACEMENT	OUR AU MOYEN DE	ANNÉE M	OIS JOUR NOT	MBRE DE PERSONNES AYA	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér qui ont effecti	la section « Ren: lom, date de na ué une sortie.	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar
SOUNTEL, Julie 1968-05-04 conjointe UNTEL, François 1995-04-27 fils Joindre toutes les pièces justificatives originales. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DATE Régie de	DU MOIS J DEPLACEMENT TYPE DE DATE	OUR AU MOYEN DE	ANNÉE M	OIS JOUR NOT	MBRE DE PERSONNES AYA	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér qui ont effecti	la section « Ren: lom, date de na ué une sortie.	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar
SEIGNATURE DU PROFESSIONNEL 3- Taxi 4-Autres DE DÉPLACEMENT	DU MOIS J DÉPLACEMENT DATE DATE	OUR AU MOYEN DE	ANNÉE M	OIS JOUR NOT	MBRE DE PERSONNES AYA	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér qui ont effecti	la section « Ren: lom, date de na ué une sortie.	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar
SOUNTEL, Julie 1968-05-04 conjointe UNTEL, François 1995-04-27 fils Joindre toutes les pièces justificatives originales. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DATE Régie de	DU MOIS J DEPLACEMENT TYPE DE DATE	OUR AU MOYEN DE	ANNÉE M	OIS JOUR NOT	MBRE DE PERSONNES AYA	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér qui ont effecti	la section « Ren: lom, date de na ué une sortie.	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar
SCIGNATURE DU PROFESSIONNEL 3= Taxi 4=Autres DE DÉPLACEMENT JOINTEL, Julie 1968-05-04 conjointe UNTEL, François 1995-04-27 fils Joindre toutes les pièces justificatives originales. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DATE Régie de	DU MOIS J DEPLACEMENT TYPE DE DATE	OUR AU MOYEN DE	ANNÉE M	OIS JOUR NOT	MBRE DE PERSONNES AYA	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér qui ont effecti	la section « Ren: lom, date de na ué une sortie.	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar
UNTEL, Julie 1968-05-04 conjointe UNTEL, François 1995-04-27 fils Joindre toutes les pièces justificatives originales. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DATE Régie de	DU MOIS J DEPLACEMENT TYPE DE DATE	OUR AU MOYEN DE	ANNÉE M	OIS JOUR NOT	MBRE DE PERSONNES AYA	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér qui ont effecti	la section « Ren: lom, date de na ué une sortie.	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar
UNTEL, François 1995-04-27 fils Joindre toutes les pièces justificatives originales. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DATE Régie de	DÉPLACEMENT DÉPLACEMENT DATE MOIS DATE ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS	OUR AU MOYEN DE TRANSPORTI	ANNÉE M NOMBRE DE KM (AUTO)	OIS JOUR NOT	MBRE DE PERSONNES AYA	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér qui ont effects LOCALITÉ D'AI	la section « Ren: nom, date de na ué une sortie. RRIVÉE	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar MONTANT RÉCLAMÉ
UNTEL, François 1995-04-27 fils Joindre toutes les pièces justificatives originales. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DATE Régie de	DU DÉPLACEMENT TYPE DE DATE MISURE ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS	OUR AU MOYEN DE TRANSPORT JOUR 1 - Auto : 3 - Taxi :	ANNÉE M NOMBRE DE KM (AUTO) 2- Avion 4-Autres	OIS JOUR NOT	MBRE DE PERSONNES AYA	INT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér qui ont effects LOCALITÉ D'AI	la section « Ren: nom, date de na ué une sortie. RRIVÉE	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar MONTANT RÉCLAMÉ
Joindre toutes les pièces justificatives originales. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DATE Régie de	DU DÉPLACEMENT TYPE DE DATE MISURE ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS	OUR AU MOYEN DE TRANSPORT JOUR 1 - Auto : 3 - Taxi :	ANNÉE M NOMBRE DE KM (AUTO) 2- Avion 4-Autres	OIS JOUR NOT	MBRE DE PERSONNES AYA	NT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér qui ont effects LOCALITÉ D'AI	la section « Ren: nom, date de na ué une sortie. RRIVÉE	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar MONTANT RÉCLAMÉ
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DU PROFESSIONNEL Régie de	DEPLACEMENT DEPLACEMENT TYPE DE DATE ANNÉE MOIS J DÉPLACEMENT TYPE DE ANNÉE MOIS J ANNÉE SORTE ANNÉE MOIS J ANNÉE SORTE ANNÉE MOIS J ANNÉE MOIS J	OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto : 3= Taxi MPLÉMEN	NOMBRE DE KM (AUTO) 22 Avion 4-Autres	LOCALIT	MBRE DE PERSONNES AVA	INT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér qui ont effects LOCALITÉ D'AI	la section « Ren: nom, date de na ué une sortie. RRIVÉE	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar MONTANT RÉCLAMÉ
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DATE Régie de	DU DÉPLACEMENT TYPE DE LA NINÉE MOIS ANNÉE MOIS DATE ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS UNTEL, Julie	OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto : 3= Taxi MPLÉMEN 19	NOMBRE DE KM (AUTO) NOMBRE DE KM (AUTO) Z= Avion 4=Autres TAIRES	LOCALITY conjc	MBRE DE PERSONNES AVA	INT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér qui ont effects LOCALITÉ D'AI	la section « Ren: nom, date de na ué une sortie. RRIVÉE	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar MONTANT RÉCLAMÉ
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DATE Régie de	DU DÉPLACEMENT TYPE DE ANNÉE MOIS DATE ANNÉE MOIS DATE ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS UNTEL, Julie	OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto : 3= Taxi MPLÉMEN 19	NOMBRE DE KM (AUTO) NOMBRE DE KM (AUTO) Z= Avion 4=Autres TAIRES	LOCALITY conjo	MBRE DE PERSONNES AVA	INT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér qui ont effects LOCALITÉ D'AI	la section « Ren: nom, date de na ué une sortie. RRIVÉE	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar MONTANT RÉCLAMÉ
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DATE Régie de	DU DÉPLACEMENT TYPE DE ANNÉE MOIS DATE ANNÉE MOIS DATE ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS UNTEL, Julie	OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto : 3= Taxi MPLÉMEN 19	NOMBRE DE KM (AUTO) NOMBRE DE KM (AUTO) Z= Avion 4=Autres TAIRES	LOCALITY conjo	MBRE DE PERSONNES AVA	INT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér qui ont effects LOCALITÉ D'AI	la section « Ren: nom, date de na ué une sortie. RRIVÉE	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar MONTANT RÉCLAMÉ
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL SIGNATURE DU PROFESSIONNEL Régie de	DU DÉPLACEMENT TYPE DE LESURE ANNÉE MOIS J DATE ANNÉE MOIS J ANNÉE MOIS J DATE ANNÉE MOIS J	OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto : 3= Taxi MPLÉMEN 19	NOMBRE DE KM (AUTO) NOMBRE DE KM (AUTO) Z= Avion 4=Autres TAIRES	LOCALITY conjo	MBRE DE PERSONNES AVA	INT EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prér qui ont effects LOCALITÉ D'AI	la section « Ren: nom, date de na ué une sortie. RRIVÉE	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar MONTANT RÉCLAMÉ
	DU DÉPLACEMENT DÉPLACEMENT TYPE DE DATE ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS ANNÉE MOIS UNTEL, Julie	OUR AU MOYEN DE TRANSPORT 1= Auto : 3= Taxi MPLÉMEN 19	NOMBRE DE KM (AUTO) 2- Avion 4-Autres TAIRES 68-05-04 95-04-27	LOCALIT conjo	MBRE DE PERSONNES AVA		les nom, prér qui ont effects LOCALITÉ D'AI	la section « Ren: nom, date de na ué une sortie. RRIVÉE	seignements complémentaires aissance et lien des dépendar MONTANT RÉCLAMÉ

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 nº 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	3 53 Dr	MANDE DE R ogramme de f Annexe X					
PROFESSIONNEL NOM			PRÉNOM				N° DU PROFESSIONNEL
(1			111210111				17 2011101 20010111122
EODMATION CONTINU	(2)						
FORMATION CONTINU	01	02 0	3 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 I
QUÉBEC	ORGANISME A FORMATION (ville et pr		ays étranger)		RISATION ACCORDÉ PA ATIF SUR LA RÉPARTII	sig of of fo	attestation de présence est gnée par le responsable ficiel de la session de rmation continue :
onservée durant 5 ans.	e présence à la f La Régie peut la de l'activité, sa d llocation de forma	ormation, dûmer demander en to lurée ainsi que la ation continue ve	ut temps. Cette a catégorie de c ersée sera récup	responsable of attestation doit rédits de forma pérée.	préciser le nom tion attribués. Si	de l'org l'attesta	rmation continue, doit êtri ganisme responsable de la tition n'est pas produite su
SIGNATURE DU PROF Je déclare que les rense sur la présente demande	gnements inscrits	SIGNATURE	tie signe a la mai tocopies et les tan	n et date par le l'inpons ne sont pa	riedeciri (airri de la es acceptés.	Cinter la	vérification, ne pas utiliser u
foriginal de la demande d tégie de l'assurance mala case postale 500 tuébec (Québec) G1K 7E	die du Québec	doit être envoyé d	à :				

MAJ 10 / novembre 2015 / 99

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		Programm	DE REME ne de forma nexe XIX -	ation cont								
NOM UNTEL			PI	RÉNOM Pier	re			n° du professionnel 123456				
FORMATION CONTINU	E											
JOUR QUANTIÈME	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR				
DURÉE	18	19	20	21				2 0 1 4 0 3 1 8 ANNÉE MOIS JOUR				
(1 jour ou 0,5 jour)	1	1	1	0,5				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 formati	on doit avoir	lieu un jour d	ouvrable (les	samedi, din	nanche ou jour	s fériés sont	exclus).					
LIEU DE LA FORMATIO	Si la form	ation a eu lieu	à Ottawa (On	t.), Campbell	ton (NB.) ou à	Terre-Neuve-e	et-Labrado	r, veuillez cocher Québec. L'attestation de présence est				
QUÉBEC Les fa	acultés de	médecine	du Québe	c				signée par le responsable officiel de la session de				
HORS DU QUÉBEC	FORMATION (ville	et province canad	ienne ou pays étran	nger)	NUMÉRO D'AUTORI COMITÉ CONSULTA	SATION ACCORE TIF SUR LA RÉPA	DÉ PAR LE ARTITION	formation continue : OUI NON				
RENSEIGNEMENTS CO	NASI ÉMENS	- LUDEO										
PIÈCE JUSTIFICATIVE :		3P	ÉC		ME							
L'attestation obligatoire de conservée durant 5 ans. I formation, la ou les dates	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. Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le médecin (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un											
Je déclare que les rensei sur la présente demande	gnements ins	SIGNATU		_	re Unte	_		ANNÉE MOIS JOUR 2 0 1 4 0 3 2 1				
L'original de la demande de Régie de l'assurance mala Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B 3814 200 15/08	die du Québe		envoyé à :									

Exemple B : Lieu de la formation - Hors du Québec

Régie de l'assurance maladie Programme de formation continue Annexe XIX - FMOQ									
PROFESSIONNEL			PI	RÉNOM				N° DU PROFESSIONNEL	
UNTEL				Pie	rre			123456	
FORMATION CONTINU									
JOUR QUANTIÈME	18	19	20	21	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR 2 10 11 14 10 13 11 18	
DURÉE (1 jour ou 0,5 jour)	1	1	1	0,5				ANNÉE 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	
QUÉBEC HORS DU QUÉBEC Toronto, Ontario RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			nger)	NUMÉRO D'AUTORISATION ACCORDÉ PAR LE COMITÉ CONSULTATIF SUR LA RÉPARTITION R123156			signée par le responsable officiel de la session de formation continue :		
	C	3P	ÉC		MF				
conservée durant 5 ans. I formation, la ou les dates demande de la Régie, l'al	e présence à La Régie peu de l'activité, location de fo	t la demande sa durée ains ormation con Ce formulain stylo noir).	er en tout ten si que la caté tinue versée re doit être sig Les photocopie	nps. Cette a gorie de cr sera récup né à la mair es et les tam	attestation doi édits de forma érée. et daté par le l pons ne sont pa	t préciser le no ation attribués. médecin (afin de as acceptés.	m de l'o Si l'attes	formation continue, doit êtri organisme responsable de li station n'est pas produite su la vérification, ne pas utiliser u	
Je déclare que les rensei sur la présente demande L'original de la demande de Régie de l'assurance mala: Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B	sont exacts. e remboursen die du Québe	nent doit être		Pier	re Unt	el		ANNÉE MOIS JOUR $\begin{bmatrix} 2 & 0 & 1 & 4 & 0 & 3 & 2 & 1 \end{bmatrix}$	
3814 200 15/08									

PARTIE 1

Professionnel

L'identité du médecin omnipraticien 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
 - O24 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.
 - 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.

- Journée de ressourcement ou de perfectionnement annulée. Le quantième est absent, illisible ou invraisemblable.
- 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.
- La date de début de la période du ressourcement ou du perfectionnement est postérieure à la date de fin de cette période.
- La période pour laquelle vous réclamez du ressourcement ou du perfectionnement est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 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.
- La période du ressourcement ou du perfectionnement est absente.
- 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.
- 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.
- La période de la prime d'éloignement est absente.
- 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.
 - Les données relatives au déménagement, soit le lieu de départ ou le lieu d'arrivée ou le montant réclamé sont absentes ou incomplètes.
 - La période des frais d'entreposage est absente.
 - 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.
 - Aucun montant estimé de la demande d'avance n'est présent.
 - 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.
 - O60 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.
 - La date du déplacement est non comprise dans la période du ressourcement ou du perfectionnement ou d'une sortie.
 - Le montant total réclamé a été corrigé selon le montant calculé par la Régie.
 - Le type de mesure pour lequel un déplacement a été réclamé est absent.
 - 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.
 - 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...)
- 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.
- 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.
- La ou les journées réclamée(s) vous est(sont) 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.
- 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 nº 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 nº 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 nº 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*⁰ 249) 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* n⁰ 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*⁰ 249).
- **# 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^o 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 nº 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 nº 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.
 - 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.
- 238 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.
- 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.
- 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.*
- 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 nº 131*) a été payé pour la même journée.
- 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*⁰ 249) 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 nº 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* n⁰ 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 nº 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.