



## MANUEL DES SPÉCIALISTES BROCHURE N° 3

MISE À JOUR : 07  
AVRIL 2012

**Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures**

### SOMMAIRE

#### MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

##### - TITRE

- Modifications administratives  
**Pages :** [1](#) et [2](#)

##### - INTRODUCTION

- Modifications administratives  
**Pages :** [1](#) et [2](#)

##### - TABLE DES MATIÈRES

- Modifications administratives  
**Page :** [1](#)

##### - DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES

- Au paragraphe *1.0 Avant-propos*, modification du libellé  
**Page :** [1](#)
- Au paragraphe *1.1 Description de la demande de remboursement*, modification du libellé  
**Page :** [2](#)
- Au paragraphe *1.2 Rédaction de la demande de remboursement*, aux remarques des parties 6 et 8, modification du libellé  
**Pages :** [11](#) et [13](#)
- Ajout des paragraphes *1.3 Description de la demande de paiement* et *1.4 Rédaction de la demande de paiement* ainsi que modification du libellé et déplacement du paragraphe *1.5 Expédition*  
**Pages :** [14](#) à 18

## - MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des messages explicatifs 033, 149, 301 à 303, 305 à 309, 311 à 313, 315, 317 à 319, 321 à 327, 329, 335, 338, 339 et 348

**Pages :** [1](#), [4](#), [6](#) et [7](#)

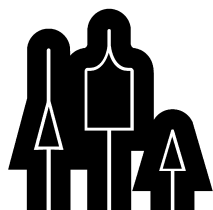
## LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
  - # corrections d'ordre administratif
  - + modifications relatives à l'Accord-cadre, aux annexes, lettres d'entente, protocoles d'accord, entente de principe et décrets.
- *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 : 978-2-550-64852-9

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





**MANUEL DES SPÉCIALISTES**

**BROCHURE N° 3**

**( n° 156 )**

*Régie de  
l'assurance maladie*

**Québec**



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

**Coordination**

Direction des services à la clientèle professionnelle

**Publication**

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

ISBN 978-2-550-64852-9

Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

## INTRODUCTION

Le but de cette publication est de fournir les renseignements administratifs permettant d'obtenir le remboursement des mesures incitatives prévues à votre entente.

Ce document étant publié à des fins administratives, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la *Gazette officielle du Québec* et à votre Entente, lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente. Les avis ou remarques mentionnés dans ce texte sont d'ordre administratif et ne font pas partie de votre Entente.

Cette brochure est expédiée sur demande à tous les professionnels oeuvrant dans des régions susceptibles d'être visées par ces mesures. Lorsque des changements au texte sont apportés, chaque détenteur reçoit les pages révisées lui permettant d'en assurer la mise à jour. Une version à jour peut toujours être consultée sur le site Internet de la Régie, dans la section *Professionnels*.

Enfin, la Régie offre un service d'assistance aux professionnels dont le rôle est de vous renseigner sur les procédures administratives afférentes aux dispositions de votre entente.

## COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

### Par le site Internet :

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

### Par courrier électronique :

- [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto: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
- Montréal : 514 873-5951

### Par la poste :

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

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012  
ISBN 978-2-550-64852-9

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

Le masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

## SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

<b>Exemple : MAJ XX / YYYY 20ZZ / 99</b>
--

<b>MAJ</b>	= mise à jour
<b>XX</b>	= numéro séquentiel de la mise à jour Internet ou papier
<b>YYYY 20ZZ</b>	= 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.
<b>ZZ</b>	= ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : <ul style="list-style-type: none"><li>- le <b>99</b> indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « <b>AVIS</b> », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);</li><li>- le <b>00</b> indique une modification effectuée en vertu d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret, règlement ou autre document officiel;</li><li>- <b>tout autre chiffre</b> indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de la <b>Modification</b> relative à l'Accord-cadre.</li><li>- Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'une Modification, d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : la Modification a priorité sur le document officiel et ce dernier a priorité sur la directive administrative.</li></ul>

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

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
INTRODUCTION.....	1
1. DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES.....	1
1.0 AVANT-PROPOS.....	1
1.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - <i>formulaire n° 3336</i> .....	2
1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT.....	4
#1.3 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - <i>formulaire n° 4188</i> .....	14
#1.4 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT.....	16
#1.5 EXPÉDITION.....	18
2. PAIEMENT.....	1
2.1 MODE DE PAIEMENT.....	1
2.2 DÉLAI DE PAIEMENT.....	1
2.3 ÉTAT DE COMPTE.....	2
2.4 DESCRIPTION.....	3
2.4.1 Renseignements généraux - <i>parties 1 à 9</i> .....	3
2.4.2 Sommaire.....	3
2.4.3 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction - <i>parties 1a à 10a</i> .....	5
2.4.4 Vérification des paiements.....	5
2.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT.....	6
2.6 PAIEMENT AUTORISÉ TEL QUE RÉCLAMÉ.....	6
2.7 DEMANDE DE REMBOURSEMENT EN COURS DE TRAITEMENT.....	6
2.8 PAIEMENT REFUSÉ EN PARTIE.....	6
2.9 PAIEMENT REFUSÉ EN TOTALITÉ.....	6
2.10 MODIFICATION D'UNE DEMANDE DÉJÀ PAYÉE.....	6
2.11 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT.....	6
2.12 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS.....	7
2.12.1 Codes de transactions.....	7
3. MESSAGES EXPLICATIFS (mesures incitatives).....	1

## 1. DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES

# **Référence** : annexes 19, 20 et 44 de l'Entente (voir Brochure n° 1)

### # 1.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les médecins spécialistes admissibles aux mesures incitatives un approvisionnement du formulaire *Demande de remboursement des mesures incitatives n° 3336* ainsi que du formulaire *Demande de paiement Programme de développement professionnel et de maintien des compétences - Annexe 44 - FMSQ n° 4188*.

Le médecin spécialiste peut demander, au besoin, un nouvel approvisionnement à la Régie en utilisant une des adresses figurant à la page 1 de l'onglet INTRODUCTION de ce manuel (courrier électronique, INFO PROF, etc.) ou le formulaire *Demande de formulaires n° 1491*. Ce formulaire peut être imprimé à partir du site Internet de la Régie.

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 des demandes.

**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 formulaires de demande.

De préférence, remplir le formulaire en lettres détachées.

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

**Remarque** : Pour ce qui est de **la prime de rétention et de revalorisation**, il appartient au médecin de faire la première demande à la Régie au moyen d'une lettre adressée au Service du règlement de la rémunération à honoraires forfaitaires. Par la suite, les autres versements seront effectués automatiquement tant que les conditions demeureront inchangées.



# 1.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - formulaire n° 3336 - annexes 19 et 20

<b>0 0 0 0</b>		<b>DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES</b>							
<b>PROFESSIONNEL</b>									
NOM <span style="float: right;">①</span>			PRÉNOM		NO DU PROFESSIONNEL				
ENDROIT DE PRATIQUE <b>OU</b> LOCALITÉ			NO DE L'ÉTABLISSEMENT		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOUR				
<b>RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT</b>									
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR	
QUANTIÈME <span style="float: right;">②</span>								AU	
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0.5 jour)								AU	
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								MONTANT RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE	
<b>PRIME D'ÉLOIGNEMENT</b>									
PÉRIODE DU ANNÉE <span style="float: right;">③</span> MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS		MONTANT RÉCLAMÉ			
<b>DÉMÉNAGEMENT</b>									
DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR <span style="float: right;">④</span>		LOCALITÉ DE DÉPART		CODE DE LOCALITÉ					
		LOCALITÉ D'ARRIVÉE		CODE DE LOCALITÉ		MONTANT RÉCLAMÉ			
		PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		MONTANT RÉCLAMÉ			
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		MONTANT RÉCLAMÉ			
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)				DATE		MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)		MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)	
<b>SORTIE</b>									
PÉRIODE DU ANNÉE <span style="float: right;">⑤</span> MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE		N.B.: Inscrive les nom - prénom - date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie dans la section "Renseignements complémentaires".			
<b>DÉPLACEMENT</b>									
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ	
	ANNÉE	MOIS	JOUR						
<span style="font-size: 2em;">⑥</span>									
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie, 3= Déménagement,			1= Auto, 2= Avion, 3= Taxi, 4= Autres			<b>TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT</b>			
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>									
<span style="font-size: 2em;">⑦</span>									
N.B.: Joindre toutes les pièces justificatives originales.									
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL</b>									
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.			SIGNATURE <span style="float: right;">⑧</span>		DATE ANNÉE MOIS JOUR				
3336 292 05/01						FEUILLE BLANCHE: RÉGIE - COPIE JAUNE: PROFESSIONNEL			

**PARTIE 5****Sortie**

Partie à remplir pour le remboursement des frais rattachés à une sortie

La partie 6. *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 7. *Renseignements complémentaires*.

**PARTIE 6****Déplacement**

À remplir pour demander le remboursement de frais de déplacement occasionnés par un séjour de ressourcement, de perfectionnement, d'une sortie ou d'un déménagement.

**- 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

**- Date**

Date du déplacement (année, mois, jour)

**- Moyen de transport**

Moyen de transport utilisé :

- 1 = auto (*joindre un reçu d'essence ou de stationnement*)
- 2 = avion
- 3 = taxi
- 4 = autres

# **Remarque :** La demande de remboursement doit être accompagnée de l'original signé de l'attestation liée à la formation ou d'une photocopie de celle-ci. Veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.

**- Nombre de kilomètres (automobile)**

Distance unidirectionnelle, nombre de kilomètres parcourus en automobile

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

1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - suite - parties 7 et 8

0000		<b>DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES</b>					
<b>PROFESSIONNEL</b>							
NOM			PRÉNOM			NO DU PROFESSIONNEL	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT				NO DE L'ÉTABLISSEMENT		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT	
ENDROIT DE PRATIQUE		OU LOCALITÉ		CODE DE LOCALITÉ		ANNÉE MOIS JOUR	
<b>RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT</b>							
JOUR	01	02	03	04	05	06	07
QUANTIÈME							
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0.5 jour)							
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)							
							PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR
							AN
							MONTANT RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE
<b>PRIME D'ÉLOIGNEMENT</b>							
PÉRIODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		MONTANT RÉCLAMÉ	
DU		AU		<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS		<input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS	
<b>DÉMÉNAGEMENT</b>							
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART			CODE DE LOCALITÉ		
ANNÉE MOIS JOUR		LOCALITÉ D'ARRIVÉE			CODE DE LOCALITÉ		
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
		DU		AU			
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)				DATE		MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)	
						MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)	
<b>SORTIE</b>							
PÉRIODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE	
DU		AU					
<i>N.B.: Inscrivez les nom - prénom - date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie dans la section "Renseignements complémentaires".</i>							
<b>DÉPLACEMENT</b>							
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE
	ANNÉE	MOIS	JOUR				
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie, 3= Déménagement, 4= Autres							TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>							
UNTEL, Louis		conjoint					
UNTEL, Pierre		1995-03-07		fils			
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL</b>							
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.				SIGNATURE		DATE	
				Marie Untel		ANNÉE MOIS JOUR	
						0 5   1 1   1 6	
<i>N.B.: Joindre toutes les pièces justificatives originales.</i>							
Régie de l'assurance maladie Québec							
3336 292 05/01 FEUILLE BLANCHE: RÉGIE - COPIE JAUNE: PROFESSIONNEL							

**PARTIE 7****Renseignements complémentaires**

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

**PARTIE 8****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 **ou par son mandataire**.

- # **Remarque** : La demande de remboursement doit être accompagnée de l'original signé de l'attestation liée à la formation ou d'une photocopie de celle-ci. Veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.

# 1.3 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - formulaire n° 4188 - annexe 44



**DEMANDE DE PAIEMENT**  
 Programme de développement professionnel  
 et de maintien des compétences  
 Annexe 44 - FMSQ

À L'USAGE DE LA RÉGIE

**1 PROFESSIONNEL**

Nom	Prénom	Numéro du professionnel
-----	--------	-------------------------

**2 ACTIVITÉS DE RESSOURCÉMENT RECONNUES**

Activités d'apprentissage collectif agréées

Stage de formation ou de perfectionnement\*  \* Pour les stages de formation ou de perfectionnement, vous devez obtenir une autorisation des parties négociantes avant de soumettre votre demande à la Régie.

Période du | A | M | J | au | A | M | J |

Quantième JJ	Durée Indiquer : 0,5 pour une demi-journée ou 1 pour deux demi-journées	Plages horaires Cocher : AM, PM ou SOIR	Montant réclamé
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
<b>Total :</b>			\$

Une activité d'une durée minimale de trois heures consécutives permet l'utilisation d'une demi-journée (0,5).  
 Un maximum de deux demi-journées est payable par jour.

**3 RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

SPÉCIMEN

**PIÈCE JUSTIFICATIVE :**

L'attestation liée à la formation, dûment signée par le responsable officiel de celle-ci, doit être jointe à ce formulaire. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité, la durée de l'activité de formation ainsi que la catégorie des crédits de formation attribués.  
 Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le médecin (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un stylo noir). Les photocopies et les tampons ne sont pas acceptés.

**4 SIGNATURE DU PROFESSIONNEL**

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE
--	-----------

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

\* Pour obtenir l'autorisation des parties négociantes, veuillez soumettre votre demande, accompagnée des documents explicatifs, à l'adresse suivante :  
 Fédération des médecins spécialistes du Québec  
 Programme de développement professionnel et de maintien des compétences  
 2, Complexe Desjardins, porte 3000  
 C. P. 216, succursale Desjardins  
 Montréal (Québec) H5B 1G8

**# DESCRIPTION DU FORMULAIRE**

Le formulaire est divisé en quatre parties :

1. Professionnel
2. Activités de ressourcement reconnues
3. Renseignements complémentaires
4. Signature du professionnel

# 1.4 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - formulaire n° 4188 - annexe 44



**DEMANDE DE PAIEMENT**  
Programme de développement professionnel  
et de maintien des compétences  
Annexe 44 - FMSQ

À L'USAGE DE LA RÉGIE

**1 | PROFESSIONNEL**

Nom <b>UNTEL</b>	Prénom <b>Pierre</b>	Numéro du professionnel <b>1234567</b>
---------------------	-------------------------	---

**2 | ACTIVITÉS DE RESSOURCEMENT RECONNUES**

Activités d'apprentissage collectif agréées

Stage de formation ou de perfectionnement\*  \* Pour les stages de formation ou de perfectionnement, vous devez obtenir une autorisation des parties négociantes avant de soumettre votre demande à la Régie.

Période du **2,0, A, A, 0,5 | 0,1** au **2,0, A, A, 0,5 | 0,3**

Quantième JJ	Durée Indiquer : 0,5 pour une demi-journée ou 1 pour deux demi-journées	Plages horaires Cocher : AM, PM ou SOIR	Montant réclamé
02	1,00	AM <input checked="" type="checkbox"/> PM <input checked="" type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	800,00 \$
03	0,50	AM <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	400,00 \$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
<b>Total :</b>			<b>1 200,00 \$</b>

Une activité d'une durée minimale de trois heures consécutives permet l'utilisation d'une demi-journée (0,5).  
Un maximum de deux demi-journées est payable par jour.

**3 | RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

SPÉCIMEN

**PIÈCE JUSTIFICATIVE :**

L'attestation liée à la formation, dûment signée par le responsable officiel de celle-ci, doit être jointe à ce formulaire. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité, la durée de l'activité de formation ainsi que la catégorie des crédits de formation attribués.  
*Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le médecin (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un stylo noir). Les photocopies et les tampons ne sont pas acceptés.*

**4 | SIGNATURE DU PROFESSIONNEL**

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE <i>Pierre Untel</i>
--	----------------------------------

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

\* Pour obtenir l'autorisation des parties négociantes, veuillez soumettre votre demande, accompagnée des documents explicatifs, à l'adresse suivante :  
Fédération des médecins spécialistes du Québec  
Programme de développement professionnel et de maintien des compétences  
2, Complexe Desjardins, porte 3000  
C. P. 216, succursale Desjardins  
Montréal (Québec) H5B 1G8

## # PARTIE 1

**Professionnel**

L'identité du médecin spécialiste qui demande le paiement d'un programme de développement professionnel et de maintien des compétences comporte les éléments suivants :

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

## # PARTIE 2

**Activités de ressourcement reconnues**

À remplir pour le paiement des demi-journées dans le cadre du programme de développement professionnel et de maintien des compétences.

**- Identification du ressourcement****• Activités d'apprentissage collectif agréées**

Lorsque la formation est transmise par un organisme agréé selon les parties négociantes, **veuillez cocher cette case**. Voir l'annexe 44 de la Brochure n° 1, au sous-paragraphe 4.2 i) Les activités d'apprentissage agréées.

**• Stage de formation/perfectionnement**

Si la formation relève d'un stage ayant obtenu l'autorisation des parties négociantes, **veuillez cocher cette case**. Pour que le stage soit reconnu, veuillez faire parvenir une demande d'autorisation aux parties négociantes un mois avant le début du stage, à l'adresse suivante :

Fédération des médecins spécialistes du Québec  
Programme de développement professionnel et de maintien des compétences  
2, Complexe Desjardins, porte 3000  
C. P. 216, Succursale Desjardins  
Montréal (Québec) H5B 1G8

**- Période**

Dates du début et de la fin de la période couverte par le séjour (AAAAMMJJ)

**- Quantième**

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

**- Durée**

- Valeur pour 1/2 journée facturée : 0,5
- Valeur pour deux demi-journées dans la même journée : 1

**- Allocation forfaitaire**

- Montant réclamé pour une demi-journée; inscrire le montant prévu à l'entente.
- Pour deux demi-journées ou pour une journée; inscrire le double du montant prévu à l'entente.



**- Plage (s) horaire (s)**

Le médecin indique par un crochet ou un « X » à quelle période de la journée le ressourcement a été suivi.

Si le ressourcement est suivi sur plus d'une plage horaire, le médecin doit indiquer toutes les plages horaires concernées.

La description des plages horaires est :

- AM (avant-midi) : 7 h 00 à 12 h 00
- PM (après-midi) : 12 h 00 à 19 h 00
- Soir : 19 h 00 à 24 h 00

**- Montant total pour l'allocation forfaitaire**

Inscrire la somme des montants réclamés.

**# PARTIE 3****Renseignements complémentaires**

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

**# PARTIE 4****Signature du professionnel**

La demande de paiement doit être signée à la main et datée par le professionnel dont le nom figure à la partie 1 ou par son mandataire.

**Remarque :** La demande de paiement doit être accompagnée de l'original signé de l'attestation liée à la formation ou d'une photocopie de celle-ci. Veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.

**# 1.5 EXPÉDITION**

Le professionnel est prié de conserver son exemplaire de la demande de façon à pouvoir répondre à toute demande de renseignements supplémentaires que la Régie pourrait lui adresser.

Joindre les pièces justificatives originales signées ou une photocopie de celles-ci à la demande de paiement.

Placer les copies destinées à la Régie dans les enveloppes préadressées spécialement fournies à cet effet.

**Ne pas surcharger les enveloppes.**

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

Toutes les demandes de remboursement de mesures incitatives doivent être adressées comme suit :

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

**3. MESSAGES EXPLICATIFS (mesures incitatives)**

- 001** La date de début ou de fin de la période du ressourcement 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.
- 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.
- 012** Le nombre de kilomètres est absent, non valide ou illisible.
- 013** Selon le type de mesures incitatives facturé, votre classement vous rend inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 014** Le montant réclamé pour l'allocation forfaitaire est non valide, incomplet ou illisible.
- 015** Le montant réclamé pour la prime d'éloignement est non valide, incomplet ou illisible.
- 016** Le montant réclamé pour le déménagement est non valide, incomplet ou illisible.
- 017** Le montant réclamé pour les frais d'entreposage est non valide, incomplet ou illisible.
- 018** Le montant de l'estimé pour une demande d'avance est non valide, incomplet ou illisible.
- 019** Le montant réclamé pour le déplacement est non valide, incomplet ou illisible.
- 020** La prime d'éloignement « sans dépendant » vous est payée selon le contenu du dossier.
- 021** Le nombre de dépendants inscrit pour la sortie est non numérique ou illisible.
- 022** La demande de remboursement des mesures incitatives n'est pas dûment signée (la demande vous est retournée sous pli séparé).
- 023** Le code de localité est absent ou invalide.
- 024** Selon nos dossiers, les frais de mesures incitatives pour lesquels vous demandez paiement ont été réclamés lorsque vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 025** Les frais de mesures incitatives pour lesquels vous demandez le paiement ne peuvent vous être payés lorsque réclamés dans l'établissement ou la localité figurant sur votre demande.
- 026** Veuillez nous informer de la date à compter de laquelle vos dépendants ne résident plus avec vous
- 027** La demande de remboursement des mesures incitatives n'est pas dûment signée, veuillez refacturer.
- # **033** Selon votre spécialité de classement, vous ne pouvez demander le montant forfaitaire pour le ressourcement.
- 034** Journée de ressourcement annulée. Le quantième est absent, illisible ou invraisemblable.
- 035** Le paiement des frais de ressourcement ou de perfectionnement est refusé, ceux-ci ayant été facturés deux fois pour la même journée (quantième).
- 036** Le quantième permettant l'identification du jour de ressourcement n'est pas compris dans la période du ressourcement.
- 038** La date de début de la période du ressourcement est postérieure à la date de fin de cette période.
- 039** La période pour laquelle vous réclamez du ressourcement est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 040** Selon nos dossiers, le ressourcement pour lequel vous demandez paiement a été effectué alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement pour les mesures incitatives.

- 041** La période du ressourcement est absente.
- 042** Les données relatives au ressourcement, soit le quantième ou la valeur de la journée de rémunération ou le montant de l'allocation forfaitaire sont absentes ou incomplètes.
- 043** La date de début de la période de la prime d'éloignement est postérieure à la date de fin de cette période.
- 044** La période pour laquelle vous réclamez une prime d'éloignement est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 045** Selon nos dossiers, la prime d'éloignement pour laquelle vous demandez paiement a été réclamée alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement pour les mesures incitatives.
- 046** La période de la prime d'éloignement est absente.
- 048** La date de début de la période des frais d'entreposage est postérieure à la date de fin de cette période.
- 049** La date pour laquelle vous réclamez un déménagement est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 051** La date pour laquelle vous réclamez une demande d'avance est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 053** Les données relatives au déménagement, soit le lieu de départ ou le lieu d'arrivée ou le montant réclamé sont absentes ou incomplètes.
- 054** La période des frais d'entreposage est absente.
- 055** Le montant réclamé pour les frais d'entreposage est absent.
- 058** La date de début de la période de la sortie est postérieure à la date de fin de cette période.
- 059** La date pour laquelle vous réclamez une sortie est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 060** Selon nos dossiers, les frais de sortie pour lesquels vous demandez paiement ont été réclamés alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement pour les mesures incitatives.
- 062** Les données relatives à la sortie, soit le type de mesure ou le nombre de personnes ayant effectué la sortie sont absentes ou incomplètes.
- 063** La date du déplacement n'est pas comprise dans la période du ressourcement ou de la sortie.
- 064** Le montant total réclamé a été corrigé selon le montant calculé par la Régie.
- 065** Le type de mesure pour lequel un déplacement a été réclamé est absent.
- 066** Les données relatives au déplacement, soit la date du déplacement ou le code de moyen de transport ou le montant réclamé sont absentes ou incomplètes.
- 067** Le type de mesure pour lequel d'autres frais sont réclamés est absent.
- 068** Le montant réclamé pour d'autres frais est non valide, incomplet, illisible ou absent.
- 069** La date du déménagement est absente de la demande de remboursement ou non acceptable.
- 070** Les frais pour lesquels vous demandez le remboursement ne peuvent vous être payés, puisque la Régie n'assume que les frais de déménagement du professionnel qui s'installe dans une localité d'un secteur isolé.
- 071** Les frais de mesures incitatives pour lesquels vous demandez le remboursement vous sont payés sur une demande antérieure à celle-ci.
- 074** La rémunération demandée 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.
- 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 sont épuisés.
- 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 le reçu d'inscription accompagné de pièces justificatives (telles que hôtel, restaurant, essence...)
- 098** La rémunération pour le séjour de ressourcement est refusée, parce qu'elle a déjà été payée sur une demande de paiement à salariat.
- 099** L'allocation forfaitaire et/ou le remboursement de frais de déplacement est(sont) refusé(s) car seule la rémunération peut être payée lorsque vous cessez d'avoir une pratique active dans les territoires déterminés.
- 100** Les frais de déplacement relatifs au séjour de ressourcement 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 salariat.
- 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.
- 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.
- 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 mois donnant droit à la prime d'éloignement.
- 117 Veuillez nous faire parvenir l'original de la pièce justificative.
- 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 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.
- 135 La ou les journées réclamée(s) vous est(ont) refusée(s) parce qu'elle(s) ne figure(nt) pas sur l'attestation fournie.
- 136 La Régie n'assume le remboursement des frais de déménagement que pour un seul des deux conjoints.
- 137 Le délai de facturation fixé dans la Loi sur l'assurance maladie est expiré.
- 140 Les frais de déplacement encourus lors d'un séjour de ressourcement sont limités.
- 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'apparaît 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 ou de stationnement attestant de l'utilisation d'une voiture.
- # 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.
- 156 Les originaux des pièces justificatives doivent demeurer au dossier; ceux-ci ne vous seront pas retournés.
- 159 Votre demande n'est pas rédigée sur le formulaire approprié. Veuillez utiliser l'original du formulaire *Demande de remboursement des mesures incitatives n° 3336*.
- 160 Le montant de la prime de rétention a été calculé en fonction du nombre de jours pour lesquels vous résidiez en région désignée.
- 161 Le territoire où vous exercez et/ou résidez ne vous donne pas droit au paiement de la prime de rétention. Veuillez nous faire parvenir une demande lorsque vous serez admissible.
- 162 Le territoire où vous exercez et/ou résidez ne vous donne plus droit au paiement de la prime de rétention.
- 163 Le paiement de la prime de rétention est refusé pour ce trimestre, parce que vos trois années d'installation en région désignée ne sont pas complétées.
- 164 La date de début de la prime de rétention a été modifiée pour correspondre à la date de début du premier jour du mois suivant le troisième anniversaire d'installation en région désignée.
- 165 Aucun montant ne peut vous être payé pour une prime de rétention, car vous n'avez pas de rémunération en établissement pour ce trimestre.

- 166** Le paiement de la prime de rétention est refusé. Veuillez nous faire parvenir une demande lorsque vous exercerez dans un établissement situé à plus de 400 kilomètres du plus près de Montréal ou Québec et dans une spécialité énumérée à l'**annexe 32** de l'Entente.
- 167** Le paiement de la prime de rétention est refusé pour ce trimestre parce que vous n'exercez pas dans un établissement situé à plus de 400 kilomètres du plus près de Montréal ou Québec et/ou dans une spécialité énumérée à l'**annexe 32** de l'Entente.
- 168** Vous n'avez pas droit à la prime de rétention, parce que vos trois années d'installation en région désignée ne sont pas complétées. Veuillez nous faire parvenir une demande lorsque vous serez admissible.
- 169** La date de fin de la prime de rétention a été modifiée pour la rendre conforme à la période de facturation en cours.
- 170** La prime pour laquelle vous demandez paiement vous a déjà été payée.
- 171** Le paiement de la prime de rétention est refusé, puisque vous ne détenez pas une spécialité reconnue dans l'établissement où vous exercez, selon l'**annexe 32** de l'Entente.
- 172** L'établissement où vous exercez ne fait pas partie de la liste des établissements énumérés à l'**annexe 32** de l'Entente.
- 173** Le montant de la prime de rétention a été calculé en fonction du nombre de jours inclus dans ce trimestre.
- 174** Le montant total de la prime de rétention pour ce trimestre est réparti sur deux périodes. La date de début de la deuxième période correspond au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant votre sixième anniversaire d'installation en région désignée.
- 180** La prime de revalorisation est refusée, car vous n'avez eu aucun gain de pratique en établissement au cours de l'année civile.
- 181** Vous n'avez pas droit à la prime de revalorisation, parce que vos gains de pratique en établissement en région désignée sont inférieurs au minimum requis selon l'**annexe 32** de l'Entente. Veuillez nous faire parvenir une demande lorsque vous serez admissible.
- 182** Vous n'avez pas droit à la prime de revalorisation, parce que la somme de vos gains de pratique en établissement et en cabinet est inférieure au minimum requis selon l'**annexe 32** de l'Entente. Veuillez nous faire parvenir une demande lorsque vous serez admissible.
- 183** Le territoire où vous exercez et/ou résidez ne vous donne pas droit à la prime de revalorisation. Veuillez nous faire parvenir une demande lorsque vous serez admissible.
- 184** Le territoire où vous exercez et/ou résidez ne vous donne plus droit au paiement de la prime de revalorisation.
- 185** La prime de revalorisation est refusée pour l'année civile, parce que vos gains de pratique en établissement sont inférieurs au minimum requis selon l'**annexe 32** de l'Entente.
- 186** La prime de revalorisation est refusée pour l'année civile, parce que la somme de vos gains de pratique en établissement et en cabinet est inférieure au minimum requis selon l'**annexe 32** de l'Entente.
- 187** Vous n'avez pas droit à la prime de revalorisation. Veuillez nous faire parvenir une demande lorsque vous exercerez dans un établissement et serez classé dans une spécialité énumérée à l'**annexe 32** de l'Entente.
- 188** La prime de revalorisation est refusée pour l'année civile, parce que vous n'exercez pas dans un établissement et/ou n'êtes pas classé dans une spécialité énumérée à l'**annexe 32** de l'Entente.
- 189** Vous n'avez pas droit à la prime de revalorisation, puisque vous n'êtes pas classé dans une spécialité permise dans votre établissement principal. Veuillez nous faire parvenir une demande lorsque vous serez admissible.
- 190** La prime de revalorisation est refusée pour l'année civile puisque vous n'êtes pas classé dans une spécialité permise dans votre établissement principal.
- 191** La prime de revalorisation se calcule du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de chaque année et est payable le 15 mai de l'année suivante.
- 192** Le montant de la prime de revalorisation a été calculé en fonction du nombre de jours pour lesquels vous résidiez en région désignée.
- 193** La prime de revalorisation vous est payée pour la période où vous étiez classé dans une spécialité permise dans votre établissement principal.

- 194** La somme de vos gains en établissement principal pour l'année ne vous donne droit à aucun montant de prime.
- 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 à la suite de votre demande.
- 207** Rectification d'un paiement. Une 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** Une 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.
- 225** Le montant de rémunération versé au titre du ressourcement est récupéré, car le montant forfaitaire pour un stage de formation ou de perfectionnement dans le domaine des urgences gynéco-obstétricales de base (Lettre d'Entente n° 152) 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 ou association, s'il y a lieu.
- 250** À la suite de l'évaluation de l'expertise médicale, la nature du cours suivi ne peut être considérée comme faisant partie d'un 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.
- # 301** La demande de remboursement pour l'activité de ressourcement n'est pas dûment signée.
- # 302** Journée de ressourcement refusée. Le quantième est absent, illisible ou invraisemblable.
- # 303** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour le programme de développement professionnel et de maintien des compétences 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 ressourcement n'est pas compris dans la période de ressourcement.
- # 306 La date de début de la période de ressourcement est postérieure à la date de fin de cette période.
- # 307 La période pour laquelle vous réclamez un remboursement pour le Programme de développement professionnel et de maintien des compétences est postérieure à la date de réception à la Régie.
- # 308 La période de l'activité de ressourcement est absente.
- # 309 Les données relatives à l'activité de ressourcement, soit le quantième et/ou la durée et/ou le montant de l'allocation forfaitaire sont absentes ou incomplètes.
- # 311 La ou les pièces reçues pour l'activité de ressourcement est (sont) inacceptable (s). Vous devez obligatoirement nous fournir l'attestation de présence à l'activité de ressourcement.
- # 312 L'attestation de présence au temps de ressourcement n'ayant pas été produite, nous procédons à la récupération du montant versé.
- # 313 Les crédits de jours de l'activité de ressourcement sont épuisés.
- # 315 La nature du cours suivi ne peut être considérée comme faisant partie du programme de développement professionnel et de maintien des compétences.
- # 317 L'attestation de présence au temps de ressourcement ne précise pas la nature du développement professionnel.
- # 318 Le paiement de l'allocation forfaitaire pour l'activité de ressourcement est refusé, car aucun nom n'apparaît sur l'attestation de présence à l'activité de ressourcement.
- # 319 Nous n'avons pas reçu l'attestation de présence à l'activité de ressourcement.
- # 321 Le paiement de l'allocation forfaitaire est refusé. Une seule session de ressourcement dispensée hors Québec est autorisée par année civile.
- # 322 L'allocation forfaitaire dont vous demandez le paiement ne peut vous être payée lorsque vous bénéficiez des activités de ressourcement prévues à l'*annexe 19* de l'Entente.
- # 323 L'allocation forfaitaire dont vous demandez le paiement ne peut vous être payée lorsque vous êtes rémunérés à honoraires fixes selon l'*annexe 21* de l'Entente.
- # 324 Nous n'avons pas reçu l'autorisation de présence à l'activité de ressourcement.
- # 325 Pour être admissible, une journée de ressourcement doit être prise une journée ouvrable.
- # 326 L'organisme qui dispense l'activité d'apprentissage n'est pas considéré comme faisant partie du programme de développement professionnel et de maintien des compétences.
- # 327 Votre demande n'est pas rédigée sur le formulaire approprié. Veuillez utiliser le formulaire *Demande de paiement - Programme de développement professionnel et de maintien des compétences n° 4188*.
- # 329 Les documents reçus ne correspondent pas aux données inscrites sur votre demande de remboursement du programme de développement professionnel et de maintien des compétences.
- # 335 Le montant réclamé a été corrigé selon le montant prévu à l'Entente.
- # 338 Le paiement de l'allocation forfaitaire pour l'activité de ressourcement est refusé ou a été modifié, car la durée de l'activité doit correspondre à une journée (deux demi-journées) soit un minimum de six heures ou à une demi-journée (0,5) soit un minimum de trois heures.
- # 339 L'attestation de présence à l'activité de ressourcement ne précise pas la durée de l'activité suivie.
- # 348 L'allocation forfaitaire pour l'activité de ressourcement est refusée, puisqu'un montant d'allocation de congé de maternité ou d'adoption (*annexe 43*) a été payé pour la même journée.
- 337 La période de facturation ne peut excéder trente jours.
- 370 Récupération d'un remboursement versé à tort en raison d'une erreur de numéro de professionnel sur la demande de remboursement.
- 999 À l'usage de la Régie, ne pas tenir compte.