



**MANUEL DES SPÉCIALISTES
BROCHURE N° 3**

**MISE À JOUR 12
Janvier 2016**

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

REMARQUE : Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans les infolettres suivantes :

- n° 128 du 18 septembre 2015.
- n° 054 du 11 juin 2015.

- DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES

- Modification du formulaire 3336
- Modifications administratives

Pages : [1](#) à 13 et [19](#)

- PAIEMENT

- Modification administrative

Page : [5](#)

- MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des messages explicatifs 008, 011 et 532
- Modifications des messages explicatifs 349, 579 et 584

Pages : [1](#), [8](#) et [9](#)

LÉGENDE

- Les signes inscrits dans la marge de gauche signifient :
 - # : Modifications ou ajout de contenu administratif
 - + : Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements
 - 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 : 978-2-550-64852-9

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 

1. DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES

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

1.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les médecins spécialistes admissibles aux mesures incitatives le formulaire *Demande de remboursement des mesures incitatives* (3336) ainsi que le formulaire *Demande de paiement – Programme de développement professionnel et de maintien des compétences – Annexe 44 – FMSQ* (4188).

- # Pour obtenir des exemplaires de ces formulaires, consulter le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Les formulaires peuvent être imprimés en cliquant sur le lien disponible.

Les renseignements à fournir sont ceux 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. Par la suite, les autres versements seront effectués automatiquement tant que les conditions demeureront inchangées.

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

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

Joindre toutes les pièces justificatives originales.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

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

SIGNATURE

⑨

DATE
ANNÉE MOIS JOUR



3336 292 15/04

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

DESCRIPTION DU FORMULAIRE

- # Le formulaire est divisé en 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.

1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - parties 1 à 3

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE
 1 0 0 0

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES MESURES INCITATIVES**

PROFESSIONNEL

NOM UNTEL	PRÉNOM Marie	N° DU PROFESSIONNEL 123456
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT Centre de santé de l'Hématite		N° DE L'ÉTABLISSEMENT 91292
ENDROIT DE PRATIQUE OU LOCALITÉ Fermont	CODE DE LOCALITÉ	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOUR 1 9 9 8 0 2 0 1

RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT

JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU		
QUANTIÈME	11	12	13					ANNÉE	MOIS	JOUR
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	0,5	1	1					2	0	1
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)	263	263	263					0	7	1
								TOTAL RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE 789 00		

PRIME D'ÉLOIGNEMENT

PÉRIODE		ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		MONTANT RÉCLAMÉ	
DU								AU							
														<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS	<input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS

DÉMÉNAGEMENT

DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART				CODE DE LOCALITÉ										
ANNÉE	MOIS	JOUR														
		LOCALITÉ D'ARRIVÉE				CODE DE LOCALITÉ		MONTANT RÉCLAMÉ								
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		MONTANT RÉCLAMÉ
		DU								AU						
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)		DATE		ANNÉE		MOIS		JOUR		MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)		MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)				

SORTIE

PÉRIODE		ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE		Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.	
DU								AU									

DÉPLACEMENT

TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
	ANNÉE	MOIS	JOUR					

1= Ressourcement ou perfectionnement
 2= Sortie 3= Déménagement

1= Auto 2= Avion
 3= Taxi 4= Autres

TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Joindre toutes les pièces justificatives originales.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

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

3336 292 15/04 TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

#

SPÉCIMEN

4

MAJ 12 / janvier 2016 / 99

PARTIE 1**Numéro de contrôle externe à quatre chiffres**

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 spécialiste 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
- 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.

- 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.

- Allocation forfaitaire

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

- Total réclamé 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.

1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - suite - partie 4

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES																	
PROFESSIONNEL																	
NOM	PRÉNOM																
N° DU PROFESSIONNEL																	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT																	
N° DE L'ÉTABLISSEMENT																	
DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT																	
ANNÉE MOIS JOUR																	
ENDROIT DE PRATIQUE	LOCALITÉ																
CODE DE LOCALITÉ																	
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT																	
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU									
QUANTIÈME								ANNÉE	MOIS	JOUR							
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)								AU									
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								TOTAL RÉCLAME POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE									
PRIME D'ÉLOIGNEMENT																	
PÉRIODE		ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		MONTANT RÉCLAMÉ			
DU		2		0		1		5		0		5		0			
AU		2		0		1		5		0		7		3			
														4 797 50			
DÉMÉNAGEMENT																	
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		MONTANT RÉCLAMÉ	
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)		DATE		ANNÉE		MOIS		JOUR		MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)		MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)					
SORTIE																	
PÉRIODE		ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE		Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.	
DU								AU									
DÉPLACEMENT																	
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ									
	ANNÉE	MOIS	JOUR														
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement		1= Auto 2= Avion 3= Taxi 4= Autres		TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT													
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																	
Renseignement relatif aux dépendants																	
Nom Prénom Date de naissance Lien																	
Joindre toutes les pièces justificatives originales.																	
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL																	
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.																	
SIGNATURE																	
DATE																	
ANNÉE MOIS JOUR																	
Régie de l'assurance maladie Québec																	
3336 292 15/04 TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																	

#

PARTIE 4

Prime d'éloignement**- Période**

Pour le premier versement, elle couvre au moins 10 mois consécutifs et doit s'appliquer simultanément à partir de la date d'installation et de début de pratique du professionnel dans le secteur.

Pour un versement subséquent, la demande doit être présentée à la fin de chacun des trimestres répartis comme suit :

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

- Avec ou sans dépendants

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 dépendants, veuillez spécifier dans la partie 8. *Renseignements complémentaires*, les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants.

1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - suite - partie 5

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES								
PROFESSIONNEL								
NOM		PRÉNOM	N° DU PROFESSIONNEL					
ENDROIT DE PRATIQUE	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DE L'ÉTABLISSEMENT					
	OU LOCALITÉ		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOUR					
		CODE DE LOCALITÉ						
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT								
JOUR	01	02	03					
QUANTIÈME								
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)								
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								
			PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR					
			AU					
			TOTAL RECLAME POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE					
PRIME D'ÉLOIGNEMENT								
PÉRIODE		MONTANT RÉCLAMÉ						
DU	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR						
	AU							
		<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS						
DÉMÉNAGEMENT								
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART	CODE DE LOCALITÉ					
ANNÉE MOIS JOUR		Montréal	66546					
2 0 1 5 0 7 0 8		LOCALITÉ D'ARRIVÉE	CODE DE LOCALITÉ					
		Fermont	69761					
			MONTANT RÉCLAMÉ					
			6 469 27					
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU	MONTANT RÉCLAMÉ					
		ANNÉE MOIS JOUR						
		AU						
DEMANDE D'AVANCE <small>(Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)</small>		DATE	MONTANT DE L'ESTIMÉ(1) MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)					
		ANNÉE MOIS JOUR						
SORTIE								
PÉRIODE		NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE						
DU	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR						
	AU							
Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.								
DÉPLACEMENT								
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ
	ANNÉE	MOIS	JOUR					
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement		1= Auto 2= Avion 3= Taxi 4= Autres		TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT				
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES								
Joindre toutes les pièces justificatives originales.								
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL								
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.				SIGNATURE		DATE ANNÉE MOIS JOUR		
						Régie de l'assurance maladie Québec		
						3336 292 15/04 TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.		

#

PARTIE 5

Déménagement

Cette partie comporte trois sections : 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** : Ne rien inscrire dans cette partie (ne s'applique pas chez les spécialistes).

Remarque : Pour les frais de déplacement, voir la partie 7. *Déplacement*.

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

Inscrire 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 de frais de déplacement occasionnés par un séjour de ressourcement, de perfectionnement, d'une sortie ou d'un déménagement.

- Type de mesure

Inscrire 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 8 et 9

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE	DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES		
PROFESSIONNEL			
NOM		PRÉNOM	
N° DU PROFESSIONNEL			
ENDROIT DE PRATIQUE	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU LOCALITÉ		N° DE L'ÉTABLISSEMENT CODE DE LOCALITÉ
DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT			ANNÉE MOIS JOUR
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT			
JOUR	01	02	03
04	05	06	07
QUANTIÈME			PÉRIODE DU
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)			ANNÉE MOIS JOUR
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)			TOTAL RECLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE
PRIME D'ÉLOIGNEMENT			
PÉRIODE DU		ANNÉE MOIS JOUR	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
DU		AU	
<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS		<input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS	
MONTANT RECLAMÉ			
DÉMÉNAGEMENT			
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART	
ANNÉE MOIS JOUR		CODE DE LOCALITÉ	
LOCALITÉ D'ARRIVÉE		CODE DE LOCALITÉ	
MONTANT RECLAMÉ		MONTANT RECLAMÉ	
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
DU		AU	
MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)		MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)	
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)			
DATE		ANNÉE MOIS JOUR	
SORTIE			
PÉRIODE DU		ANNÉE MOIS JOUR	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
DU		AU	
NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE		Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.	
DÉPLACEMENT			
TYPE DE MESURE		DATE	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
MOYEN DE TRANSPORT		NOMBRE DE KM (AUTO)	
LOCALITÉ DE DÉPART		LOCALITÉ D'ARRIVÉE	
MONTANT RECLAMÉ		MONTANT RECLAMÉ	
1- Ressourcement ou perfectionnement		1- Auto 2- Avion	
2- Sortie 3- Déménagement		3- Taxi 4- Autres	
TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			
UNTEL, Louis conjoint			
UNTEL, Pierre 2005-06-07 fils			
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL			
Joindre toutes les pièces justificatives originales.			
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.		SIGNATURE	
		Marie Untel	
DATE		ANNÉE MOIS JOUR	
1,5		1,1,1,6	
3336 292 15/04 TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.			
Régie de l'assurance maladie Québec			

#

SPÉCIMEN

PARTIE 8

Renseignements complémentaires

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

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 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 4188 - annexe 44

Régie de l'assurance maladie Québec  **DEMANDE DE PAIEMENT**
 Programme de développement professionnel et de maintien des compétences
 Annexe 44 – FMSQ
 Annexe VII – ASCBMFQ

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1 PROFESSIONNEL

Nom _____ Prénom _____ Numéro du professionnel _____

2 ACTIVITÉS DE RESSOURCEMENT RECONNUES

Cochez l'activité de ressourcement correspondant à votre situation:

Activités d'apprentissage collectif agréées
IMPORTANT: Envoyez votre demande de paiement et vos pièces justificatives **DIRECTEMENT** à la Régie pour ce type de ressourcement.

Stage de formation ou de perfectionnement
IMPORTANT: Assurez-vous d'obtenir l'**autorisation** des parties négociantes **AVANT** de soumettre votre demande de paiement et vos pièces justificatives à la Régie. **1**

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

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

3 TEMPS DE DÉPLACEMENT *Seulement pour les professionnels visés par la note 2.*

Nombre d'heures : _____ Montant réclamé : _____ \$

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

Date AAAAMJJ	Moyen de transport	Nombre de km	Localité de départ	Localité d'arrivée	Montant réclamé	
					\$	
					\$	
					\$	
Total :						\$

1 = Auto 2 = Avion 3 = Taxi 4 = Autres

SPÉCIMEN

5 RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

PIÈCE JUSTIFICATIVE :

Joignez à ce formulaire l'attestation de présence à la formation. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité ainsi que sa durée en heures. Lorsque la durée en heures n'est pas présente, veuillez fournir la copie du programme de la formation. Joignez les pièces justificatives originales pour les frais de déplacement, lorsque la demande de paiement inclut les sections 3 et 4.

6 SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

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

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

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

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

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

2 Les sections 3 et 4 peuvent être remplies uniquement si la demande est faite par le médecin spécialiste qui participe à une formation dans le cadre de la lettre d'entente 198 de l'entente des médecins spécialistes. Référez-vous aux instructions de la brochure 3.

PARTIE 6**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

- # Transmettre à la Régie la copie portant une signature et conserver pendant 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.
- # Joindre les pièces justificatives originales signées ou une photocopie de celles-ci à 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 demandes de remboursement concernant les mesures incitatives et le programme de développement professionnel et de maintien des compétences 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 : Numéro de contrôle externe des demandes de remboursement des frais de mesures incitatives par ordre croissant.

Pour une prime de rétention, ce numéro est exprimé comme suit :

le 3 ^e chiffre =	les 2 premiers chiffres = 99;
le 4 ^e chiffre =	1 pour une prime de rétention
	1 1 ^{er} trimestre (janvier - février - mars)
	2 2 ^e trimestre (avril - mai - juin)
	3 3 ^e trimestre (juillet - août - septembre)
	4 4 ^e trimestre (octobre - novembre - décembre)
	5 plusieurs trimestres sur la demande

Pour une prime de revalorisation, ce numéro est exprimé comme suit :

le 3 ^e chiffre =	les 2 premiers chiffres = 99;
le 4 ^e chiffre =	2 pour une prime de revalorisation
	1 pour une année
	5 plusieurs années sur la demande

- 2a.** DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de remboursement des frais de mesures incitatives a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour, par exemple XX 10 17, c'est-à-dire :

- XX pour l'année 20XX
- 10 pour le mois d'octobre
- 17 pour le quantième

- 3a.** CODE TRA : Numéro 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
- prime de rétention
- prime de revalorisation

Élément de mesure, soit :

- rémunération
- allocation forfaitaire
- éloignement
- déménagement
- frais d'entreposage
- déplacement
- autres frais

- 5a.** TEMPS / KILOM. : Le nombre d'heures (H), de journées (J) ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.
- 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 auquel correspond la facturation sur la demande de remboursement.
- 8a.** MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés (pour les mesures incitatives, le texte 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 spécialiste. 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 spécialiste 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** (*formulaire 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, l'élément 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 spécialiste qui désire modifier des éléments ou types de mesures déjà payés ne doit pas soumettre une nouvelle demande de remboursement, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Le délai pour demander la révision est de trois mois suivant la date du paiement. Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (1549).

2.11 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

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

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

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

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.
- # **008** La qualité ou le format d'impression du formulaire ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- 009** Le code de localité du lieu de départ est invalide, illisible ou absent.
- 010** Le code de localité du lieu d'arrivée est invalide, illisible ou absent.
- # **011** Le numéro de contrôle externe est absent, incomplet, illisible ou invalide. Cette demande paraît sous le numéro de contrôle externe 9999.
- 012** Le nombre de kilomètres est absent, non valide ou illisible.
- 013** Selon le type de mesures incitatives facturé, votre classement vous rend inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 014** Le montant réclamé pour l'allocation forfaitaire est non valide, incomplet ou illisible.
- 015** Le montant réclamé pour la prime d'éloignement est non valide, incomplet ou illisible.
- 016** Le montant réclamé pour le déménagement est non valide, incomplet ou illisible.
- 017** Le montant réclamé pour les frais d'entreposage est non valide, incomplet ou illisible.
- 018** Le montant de l'estimé pour une demande d'avance est non valide, incomplet ou illisible.
- 019** Le montant réclamé pour le déplacement est non valide, incomplet ou illisible.
- 020** La prime d'éloignement « sans dépendant » vous est payée selon le contenu du dossier.
- 021** Le nombre de dépendants inscrit pour la sortie est non numérique ou illisible.
- 022** La demande de remboursement des mesures incitatives n'est pas dûment signée (la demande vous est retournée sous pli séparé).
- 023** Le code de localité est absent ou invalide.
- 024** Selon nos dossiers, les frais de mesures incitatives pour lesquels vous demandez paiement ont été réclamés lorsque vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 025** Les frais de mesures incitatives pour lesquels vous demandez le paiement ne peuvent vous être payés lorsque réclamés dans l'établissement ou la localité figurant sur votre demande.
- 026** Veuillez nous informer de la date à compter de laquelle vos dépendants ne résident plus avec vous.
- 027** La demande de remboursement des mesures incitatives n'est pas dûment signée, veuillez refacturer.
- 030** Le médecin qui agit à titre de conférencier ne peut réclamer de ressourcement.
- 031** La signature du responsable officiel de l'activité de ressourcement est absente sur l'attestation de présence, veuillez refacturer.
- 032** Le type d'activité de ressourcement reconnu n'est pas sélectionné, 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.
- 047** Le montant réclamé pour le temps de déplacement est non valide, incomplet ou illisible.
- 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.
- 061** La date du déplacement n'est pas comprise dans la période de l'activité de ressourcement. Cette date doit correspondre au jour, à la veille ou à l'avant-veille du début de l'activité ou bien au jour, au lendemain ou au surlendemain de la date de fin de l'activité.
- 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** Le remboursement de ces frais de mesures incitatives vous a été versé à la suite d'une demande antérieure.
- 072** La date du déplacement réclamé est absente.

- 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** 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.
- 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 ressourcement est non valide, incomplète ou illisible.
- 301** La demande de remboursement pour l'activité de ressourcement n'est pas dûment signée.
- 302** Cette journée de ressourcement est 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 le paiement a été réclamée alors que vous n'étiez pas admissible à recevoir un 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, la durée ou le montant de l'allocation forfaitaire sont absentes ou incomplètes.
- 310** L'allocation forfaitaire pour laquelle vous demandez le paiement vous a déjà été payée.
- 311** La ou les pièces reçues pour l'activité de ressourcement sont inacceptables. Vous devez obligatoirement 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 pour le développement professionnel des compétences sont épuisés.
- 314** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour l'activité de ressourcement est refusé, celle-ci ayant été facturée à une date antérieure à l'entrée en vigueur de l'annexe 44.
- 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 cette activité.
- 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 pour laquelle vous demandez le paiement ne peut vous être payée lorsque vous bénéficiez déjà 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 rémunéré selon le mode du salariat prévu à l'annexe 16 de l'Entente.
- 324** Nous n'avons pas reçu l'autorisation des parties négociantes pour le stage de formation ou de perfectionnement.
- 325** Pour être admissible, une journée de ressourcement doit être prise une journée ouvrable.

- 326** L'organisme qui donne 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* (4188).
- 328** Selon nos dossiers, l'activité de ressourcement pour laquelle vous demandez le paiement a été réclamée alors que vous n'étiez pas admissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 329** Les documents reçus ne correspondent pas aux données inscrites sur votre demande de remboursement pour les frais engagés dans le cadre du Programme de développement professionnel et de maintien des compétences.
- 330** Les frais de déplacement ne sont pas remboursables.
- 331** L'allocation forfaitaire pour le Programme de développement professionnel et de maintien des compétences ne peut être réclamée avec un numéro de groupe.
- 335** Le montant réclamé a été corrigé selon le montant prévu à l'Entente.
- 337** La période de facturation ne peut excéder trente jours.
- 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 (ou à deux demi-journées) pour un minimum de 6 heures, ou à une demi-journée (0,5) pour un minimum de 3 heures.
- 339** L'attestation de présence à l'activité de ressourcement ne précise pas la durée de l'activité suivie.
- 344** L'activité de ressourcement dont vous demandez le paiement ne peut vous être payée lorsque vous êtes rémunéré selon le mode du salariat prévu à l'annexe 16 de l'Entente.
- 345** Les activités de ressourcement suivies en ligne ne sont pas remboursables dans le cadre du Programme de développement professionnel et de maintien des compétences.
- 346** Le montant relatif à l'activité de ressourcement est récupéré, car il a été réclamé alors que le territoire de pratique où vous exercez vous rendait inadmissible à l'annexe 44 (Entente des médecins spécialistes) ou à l'annexe VII (Entente des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale).
- 347** Selon nos dossiers, l'activité de ressourcement pour laquelle vous demandez paiement a été réclamée alors que vous étiez admissible au Programme de développement professionnel et de maintien des compétences.
- 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.
- # **349** Le calcul des gains de pratique pour l'année visée montre que vous avez utilisé plus que le maximum de demi-journées de ressourcement permis (art. 3.1, annexe 44, entente des médecins spécialistes) ou (art. 3.1, annexe VII, entente des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale). Le montant relatif à l'activité de ressourcement est donc récupéré.
- 370** Récupération d'un remboursement versé à tort en raison d'une erreur de numéro de professionnel sur la demande de remboursement.
- 505** Les pièces justificatives requises sont manquantes.
- 510** Les frais de déplacement et la formation reçue ne paraissent pas sur la même demande de paiement (4188).
- 511** La distance ou le montant réclamé sont manquants sur la demande.
- 512** 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.
- 517** Aucuns frais de déplacement n'ayant été acceptés, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 518** Le temps de déplacement n'est pas autorisé.
- 519** Le temps de déplacement a été rectifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.
- 521** Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon le nombre de kilomètres acceptés ou selon les renseignements fournis.
- 522** Le temps d'attente et de déplacement pour cause d'intempérie ou autre raison incontrôlable est limité à neuf heures par jour. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 526** Les seuls frais de déplacement remboursables sont ceux engagés en territoire québécois.

- 529** Le maximum accordé pour la compensation du temps d'attente lié au transport utilisé est dépassé.
- 530** Les frais de déplacement ont été ajustés conformément aux dispositions de votre entente.
- 531** Les frais de déplacement ont été payés selon les pièces justificatives présentées.
- # **532** Vous devez inscrire le code postal ou une adresse du lieu de départ ou d'arrivée présente dans l'outil Google Maps.
- 533** Certains renseignements sur les pièces justificatives sont manquants, illisibles ou incomplets.
- 534** Les frais de déplacement facturés pour une personne autre que vous-même ont été refusés.
- 535** Le maximum alloué pour le temps de déplacement en fonction de la distance unidirectionnelle est dépassé. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 536** Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- 539** La compensation du temps d'attente n'est pas autorisée lors de l'utilisation d'un avion ou d'un hélicoptère personnel ou nolisé.
- 570** La distance totale parcourue ne rencontre pas la norme minimale.
- 571** Les frais de séjour réclamés ne sont pas remboursables par la Régie.
- 573** Selon votre entente, les frais de déplacement ne sont pas payables.
- 575** Les frais liés à votre déplacement ne sont pas payables.
- 576** Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés, car ils doivent demeurer au dossier.
- # **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.
- 580** Quand vous recevez une activité de ressourcement dans un territoire non désigné, la Régie vous rembourse le coût d'une voiture louée ou d'un billet d'avion commercial jusqu'à concurrence du coût d'utilisation de votre voiture personnelle.
- 581** Le kilométrage effectué avec le véhicule loué n'est pas remboursable par la Régie.
- 582** Les honoraires sont payés conformément aux tarifs en vigueur à la date de votre formation et aux renseignements inscrits sur la demande de paiement.
- 583** Les dépenses liées à l'utilisation de votre véhicule personnel ne sont pas payables.
- # **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.
- 585** Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon les pièces justificatives présentées pour d'autres moyens de transport.
- 615** Le montant des honoraires des frais de déplacement est absent ou illisible sur la demande de paiement.
- 701** Le nombre de kilomètres parcourus est absent sur la demande de paiement.
- 717** Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 999** À l'usage de la Régie, ne pas tenir compte.