

MANUEL DES SPÉCIALISTES

BROCHURE N° 3

(n° 156)

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



**MANUEL DES SPÉCIALISTES
BROCHURE N° 3**

**MISE À JOUR 11
Mars 2015**

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

- INTRODUCTION

- Modifications administratives

Pages : 1 et 2

- DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES

- Modification du formulaire 4188
- Modifications administratives

Pages : 1, 14 à 16, 18 et 19

- MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications des messages explicatifs 140, 147, 227, 323, 324
- Ajout des messages explicatifs 008, 011, 047, 061, 072, 073, 083, 120, 222, 299, 328, 330, 331, 344, 345, 346, 347, 349, 505, 510, 511, 512, 517, 518, 519, 521, 522, 526, 529, 530, 531, 533, 534, 535, 536, 539, 570, 571, 573, 575, 576, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 615, 701, 717

Pages : 1 à 9

Remarque : Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans l'infolettre suivante : n° 079 du 3 juillet 2014

LÉGENDE

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



INTRODUCTION

La Brochure n° 3 vise à fournir aux médecins spécialistes les renseignements administratifs leur permettant d'obtenir le remboursement des mesures incitatives prévues à l'entente.

À cet égard, elle contient notamment, le guide de rédaction de la demande de remboursement, une section paiement et les messages explicatifs afférents.

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

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

Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

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

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

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE**, veuillez consulter les coordonnées à la page suivante.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Web :

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

Par courrier électronique :

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

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

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

Par télécopieur :

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

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / YYYY 20AA / ZZ
--

MAJ	= mise à jour
XX	= numéro séquentiel de la mise à jour Internet ou papier
YYYY 20AA	= mois et année de la publication de la mise à jour : ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur de la nouvelle entente, des amendements ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.
ZZ	= ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : <ul style="list-style-type: none">- le 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un avis, nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);- le 00 indique une modification effectuée en vertu d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret, règlement ou autre document officiel;- tout autre chiffre indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de la modification relative à l'Accord-cadre.

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.

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

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES	1
1.0 AVANT-PROPOS	1
1.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - <i>formulaire 3336</i>	2
1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT	4
1.3 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - <i>formulaire 4188</i>	14
1.4 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	16
#1.5 EXPÉDITION	19
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 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*. Une commande peut être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires et d'enveloppes* (1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

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

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

3336 292 05/01

FEUILLE BLANCHE: RÉGIE - COPIE JAUNE: PROFESSIONNEL

Régie de l'assurance maladie
Québec

DESCRIPTION DU FORMULAIRE

Le formulaire est divisé en huit parties :

1. Professionnel
2. Ressourcement et perfectionnement
3. Prime d'éloignement
4. Déménagement
5. Sortie
6. Déplacement
7. Renseignements complémentaires
8. Signature du professionnel

Remarque : Les quatre premiers chiffres du numéro qui apparaît 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 et 2)

PARTIE 1**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 2**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.

- Montant 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 6.

1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - suite
(Partie 3)

PARTIE 3**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 dépendant :

Inscrire un « X » dans la case appropriée.

- Montant réclamé :

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

Remarque : Lorsque vous réclamez la prime avec dépendant, veuillez spécifier dans **la partie 7. «Renseignements complémentaires »**, les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants.

1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - suite
(Partie 4)

PARTIE 4**Déménagement**

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

1) Frais de déménagement

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

2) Frais d'entreposage :

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

3) Demande d'avance :

- **Date** : Ne rien inscrire dans cette partie (ne s'applique pas chez les spécialistes).

Remarque : Pour les frais de déplacement voir la partie **6. Déplacement**.

1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - suite
(Parties 5 et 6)

0000		DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES								
PROFESSIONNEL										
NOM		PRÉNOM		NO DU PROFESSIONNEL						
ENDROIT DE PRATIQUE		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		NO DE L'ÉTABLISSEMENT						
OU LOCALITÉ		CODE DE LOCALITÉ		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT						
				ANNÉE MOIS JOUR						
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT										
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU		
QUANTIÈME								ANNÉE	MOIS	JOUR
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0.5 jour)								AU		
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								MONTANT RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE		
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		N.B.: Inscrive les nom - prénom - date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie dans la section "Renseignements complémentaires".		
DU		AU								
2,0,0,5 0,5 1,0		2,0,0,5 0,5 1,4								
DÉPLACEMENT										
TYPÉ DE MESURE	DATE		MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ			
	ANNÉE	MOIS	JOUR							
2	2,0,0,5	0,5	1,0	1	1218	Fermont	Montréal	876,96		
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie, 3= Déménagement,		1= Auto, 2= Avion, 3= Taxi, 4=Autres		TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 876,96						
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES										
Personnes qui ont effectué la sortie.										
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL						<i>N.B.: Joindre toutes les pièces justificatives originales.</i>				
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 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		DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES					
PROFESSIONNEL							
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	
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT							
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	
						AU	
						MONTANT RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE	
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		
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
		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 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>							
DÉPLACEMENT							
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE
	ANNÉE	MOIS	JOUR				
							TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie, 3= Déménagement, 1= Auto, 2= Avion, 3= Taxi, 4=Autres							
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES							
UNTEL, Louis		conjoint					
UNTEL, Pierre		1995-03-07		fils			
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL							
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 4188 - annexe 44



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"/>	
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
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 AAAAMMJJ	Moyen de transport	Nombre de km	Localité de départ	Localité d'arrivée	Montant réclamé
					\$
					\$
					\$
1 = Auto 2 = Avion 3 = Taxi 4 = Autres					Total :
					\$

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.

DESCRIPTION DU FORMULAIRE

- # Le formulaire est divisé en six parties :
 1. Professionnel
 2. Activités de ressourcement reconnues
- # 3. Temps de déplacement
- # 4. Frais de déplacement
- # 5. Renseignements complémentaires
- # 6. Signature du professionnel

1.4 RÉDACTION 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 UNTEL	Prénom Pierre	Numéro du professionnel 1234567
---------------------	-------------------------	---

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. ❶

Période des activités de ressourcement du 2,0|A|A|0|5|0|1 au 2,0|A|A|0|5|0|3

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
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"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/>	\$
Total :			1 200,00 \$

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 ❷.*

Nombre d'heures : Montant réclamé : \$

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

Date AAAAMJJ	Moyen de transport	Nombre de km	Localité de départ	Localité d'arrivée	Montant réclamé
A M J					\$
A M J					\$
A M J					\$
1 = Auto 2 = Avion 3 = Taxi 4 = Autres					Total :

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 *Pierre Untel*

2,0|A|A|0|5|0|3

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

❶ 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.
❷ 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 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 une demi-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

(À remplir seulement pour les médecins spécialistes qui ont participé à la formation pour le maintien des compétences en coloscopie selon la LE 198).

Temps de déplacement**- Nombre d'heures**

Nombre d'heures de déplacement effectués pour l'aller et le retour, s'il y a lieu.

- Montant demandé**# PARTIE 4**

(À remplir seulement pour les médecins spécialistes qui ont participé à la formation pour le maintien des compétences en coloscopie selon la LE 198).

Frais de déplacement**- 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 demandé****- Total des frais de déplacement****# PARTIE 5****Renseignements complémentaires**

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

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

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**

2. PAIEMENT

2.1 MODE DE PAIEMENT

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


Un tel versement est réalisé dans un délai de trois jours ouvrables après la date de paiement.

2.2 DÉLAI DE PAIEMENT

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

2.3 ÉTAT DE COMPTE

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

Régie de l'assurance maladie Québec 		ÉTAT DE COMPTE				Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3			
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE									
NOM	UNTEL ROBERT	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	0-00000-0	NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	00000	NO DU CHEQUE OU VIREMENT	00000000 V	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20XX-10-07
		DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		NUMÉRO DU PAIEMENT		PAGE			
		20XX-09-16 (P)		OR-42		DE		001	
		20XX-09-26 (T)						002	

①		②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
---	--	---	---	---	---	---	---	---

UNTEL ROBERT 1125, RUE FICTIF QUÉBEC QC G1S 1E7 ⑨	Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à : Québec:.....418 643-8210 Montréal:.....514 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais)1 800 463-4776
---	---

SOMMAIRE

SPÉCIMEN

MESSAGES GÉNÉRAUX

OR341 4702 306 09/94	VOIR AU VERSO
----------------------	---------------

2.4 DESCRIPTION

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

2.4.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9)

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

2.4.2 Sommaire

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

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

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

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

1a. NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de remboursement des frais de mesures incitatives par ordre croissant.

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

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

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

les 2 premiers chiffres = 99;	2 pour une prime de revalorisation;
le 3e chiffre =	1 pour une année;
le 4e chiffre =	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; exemple : XX 10 17 i.e.

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

3a. CODE TRA : Numéros référant au code de la transaction (TRA).

4a. NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.

Type de mesure, soit :

- déménagement
- prime d'éloignement
- ressourcement
- sortie
- 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 n° 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 n° 1549 intitulé « DEMANDE DE RÉVISION OU D'EXPLICATIONS ».

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.**

2.12 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS

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

Aucun code : Demande de paiement payée au montant demandé.

2.12.1 Codes de transactions

- 00- Demande de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifiée sur la ligne précédente.
- 02- Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
- 04- Demande de paiement annulée, à resoumettre le cas échéant.
- 05- Demande de paiement reçue, en cours de traitement, paraîtra sur un état de compte subséquent.
- 20- Demande de paiement reçue en révision, reparaitra après traitement sur un état de compte subséquent.
- # 21- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.
- # 22- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.
 - 23- Demande de révision payée à zéro.
- # 30- Intérêt sur demande de paiement.
- # 50- Demande de paiement reçue, traitée et retenue (faillite, saisie, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription).
- # 90- Ajustements spéciaux de révision.
- # 91 à 95- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- # 96- D.P. (demande de paiement) révisée suite au problème informatique pour lequel nous vous avons émis une avance sur le paiement du XX-XX-XX.
- # 97 et 98- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- # 99- Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

3. MESSAGES EXPLICATIFS (mesures incitatives)

- 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.

- # 073 Les renseignements relatifs au déplacement, soit le code de moyen de transport ou le montant réclamé sont incomplets, illisibles ou absents.
- 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.
- # 083 Lors d'une sortie, veuillez joindre les cartes d'embarquement en plus du billet d'avion.
- 084 La demande d'avance pour les frais de déménagement n'est pas autorisée pour votre catégorie de professionnel.
- 085 La distance et/ou le montant réclamés sont manquants sur la demande.
- 086 La distance inscrite sur la demande de paiement et les honoraires demandés en relation, ont été modifiés ou refusés en fonction de la distance unidirectionnelle établie selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes.
- 087 Demande de remboursement modifiée selon les renseignements fournis.
- 088 Les pièces justificatives requises sont manquantes.
- 089 Les pièces justificatives reçues pour les frais de ressourcement sont inacceptables. Les jours facturés sont refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
- 090 L'attestation de présence ou le reçu d'inscription accompagné de pièces justificatives (hôtel, restaurant, essence...) n'ayant pas été produit, nous procédons à la récupération du montant versé.
- 091 Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.
- 092 Les frais de ressourcement réclamés ne peuvent être payés dans le territoire où vous exercez votre profession.
- 093 Le montant réclamé a été corrigé selon le montant calculé par la Régie.
- 094 Les crédits de jours de ressourcement 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.
- # **120** Vous n'êtes pas admissible au ressourcement avant le premier mai prochain.
- 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.
- 132** Les crédits de jours anticipés de ressourcement sont épuisés.
- 133** Les données relatives au ressourcement, soit le quantième ou le montant d'allocation forfaitaire sont absentes ou incomplètes.
- 134** Les pièces justificatives reçues pour réclamer le remboursement des frais de ressourcement sont inacceptables. L'allocation forfaitaire et les frais de déplacement, s'il y a lieu, sont récupérés.
- 135** La ou les journées réclamée(s) vous est(sont) refusée(s) parce qu'elle(s) ne figure(nt) pas sur l'attestation fournie.
- 136** La Régie n'assume le remboursement des frais de déménagement que pour un seul des deux conjoints.
- 137** Le délai de facturation fixé dans la Loi sur l'assurance maladie est expiré.
- # **140** Lors d'un déplacement par avion, seuls les billets au tarif de la classe économique sont payés, à moins d'une situation hors de l'ordinaire. L'achat de billets plus chers que ceux au tarif de la classe économique doit être justifié par le professionnel. En l'absence de justification, le montant réclamé est ajusté selon le calcul de la Régie.
- 141** L'attestation de présence à un séjour de perfectionnement ou de ressourcement ne précise pas la nature du cours suivi.
- 142** Le remboursement des frais de ressourcement est refusé, car aucun nom n'est inscrit sur l'attestation de présence pour le séjour de perfectionnement ou de ressourcement.
- 143** Les pièces justificatives ne sont pas 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 d'essence, de stationnement, de restaurant, etc. attestant votre présence à la destination mentionnée ou 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* (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^{er} 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^{er} 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.
- # 222** Votre demande de révision n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.
- 225** Le montant de rémunération versé au titre du ressourcement est récupéré, car le montant forfaitaire 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, 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 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 acceptées 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.
- # 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 Il est obligatoire d'inscrire le nom de la localité ou le code postal du lieu de départ.
- # 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 Spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements liés à une formation donnant droit aux déplacements. Les points de départ et d'arrivée doivent être inscrits.
- # 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.