

DEMANDE DE PAIEMENT

Programme de développement professionnel
 et de maintien des compétences
 Annexe 44 - FMSQ

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.
 Adressez-vous à la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez les coordonnées à l'adresse suivante : www.fmsq.org

Période des activités de ressourcement du	A	M	J	au	A	M	J		
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	PM	SOIR		\$
					AM	PM	SOIR		\$
					AM	PM	SOIR		\$
					AM	PM	SOIR		\$
					AM	PM	SOIR		\$
					AM	PM	SOIR		\$
					AM	PM	SOIR		\$
					AM	PM	SOIR		\$

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.

Total : \$

3 RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

PIÈCE JUSTIFICATIVE :

Joignez au présent formulaire l'attestation liée 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 la durée en heures de l'activité de formation.

4 SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE <div style="text-align: right; font-size: small;">A M J</div>
--	--

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