

PROFESSIONNEL

NOM	PRÉNOM	N° DU PROFESSIONNEL
-----	--------	---------------------

FORMATION CONTINUE

JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU		
QUANTIÈME								ANNÉE	MOIS	JOUR
DURÉE (1 jour ou 0,5 jour)								ANNÉE	AU MOIS	JOUR
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								MONTANT TOTAL DE L'ALLOCATION FORFAITAIRE		

IMPORTANT : La formation doit avoir lieu un jour ouvrable (les samedis, dimanches et jours fériés sont exclus).

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PIÈCE JUSTIFICATIVE :

L'attestation liée à la formation, dûment signée par le responsable officiel du cours de formation, doit être jointe. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable du cours de formation, la ou les dates de l'activité, la durée de l'activité de formation ainsi que la catégorie de crédits de formation attribués.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

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

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">ANNÉE</td> <td style="text-align: center;">MOIS</td> <td style="text-align: center;">JOUR</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> </tr> </table>	ANNÉE	MOIS	JOUR	_ _	_	_
ANNÉE	MOIS	JOUR						
_ _	_	_						

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