

0000

DEMANDE DE PAIEMENT
Rémunération mixte

Régie de
l'assurance maladie
Québec

PROFESSIONNEL

PRÉNOM	NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU GROUPE	C.S.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS
--------	-----	---------------------	--------------	------	-----------------------------

ÉTABLISSEMENT

NOM	NUMÉRO	CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE			
DÉPARTEMENT OU SERVICE		DÉBUTANT DIMANCHE LE	SE TERMINANT SAMEDI LE		
		ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR		

PÉRIODE

HORAIRE

ACTIVITÉS

(Per diem = 1,0 ou
Demi per diem = 0,5)

QUANTIÈME	MODE DE RÉMUNÉRATION	AM	PM	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	PER DIEM	
M	X			1				2				3					61	
M	X			4				5				6					62	
M	X			7				8				9					63	
M	X			10				11				12					64	
M	X			13				14				15					65	
M	X			16				17				18					66	
M	X			19				20				21					67	
M	X			22				23				24					68	
M	X			25				26				27					69	
M	X			28				29				30					70	
M	X			31				32				33					71	
M	X			34				35				36					72	
M	X			37				38				39					73	
M	X			40				41				42					74	
M	X			43				44				45					75	
M	X			46				47				48					76	
M	X			49				50				51					77	
M	X			52				53				54					78	
M	X			55				56				57					79	
M	X			58				59				60					80	

SPÉCIMEN

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

	TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	NBRE DE PER DIEM
--	------------------------------	------------------

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.

DATE
ANNÉE MOIS JOUR

SIGNATURE DU CHEF DE DÉPARTEMENT CLINIQUE OU DU CHEF DE SERVICE

(OU DE LA PERSONNE QUI EN ASSUME LES RESPONSABILITÉS)

DATE
ANNÉE MOIS JOUR