

Identification du professionnel

NOM	PRÉNOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL
-----	--------	-------------------------

Contrat d'assurance

NUMÉRO DE CONTRAT	COMPAGNIE D'ASSURANCE	PÉRIODE DE LA COUVERTURE						MONTANT TOTAL DE LA PRIME (excluant tous les frais)
		DÉBUT			FIN			
		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	
<input type="checkbox"/> Victor <input type="checkbox"/> Autre : _____								

Détail sur la prime payée

PÉRIODE						CODE D'ACTIVITÉ	NOM DE L'ACTIVITÉ	MONTANT DE LA PRIME PAYÉE POUR LA PÉRIODE (excluant tous les frais)
DÉBUT			FIN					
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR			
TOTAL								

Renseignements complémentaires

Signature du professionnel

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

Signature électronique

Voici les formats acceptés si vous souhaitez apposer une signature électronique :

- une signature numérique (générée grâce à un certificat numérique produit au moyen d'un outil spécialisé);
- une signature manuscrite apposée à l'aide d'un accessoire technologique (par exemple, un stylet, un écran tactile ou une souris);
- une signature manuscrite numérisée (par exemple, l'apposition de l'image d'une signature).

Transmission du formulaire

Veuillez transmettre ce formulaire rempli et signé ainsi que les pièces justificatives par courriel à Operation-Paiements-Forfaitaires@ramq.gouv.qc.ca.

Conservez l'original pendant cinq ans.

À L'USAGE DE LA RÉGIE

--