

**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			
<b>TOTAL</b>								

**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](mailto:Operation-Paiements-Forfaitaires@ramq.gouv.qc.ca).

Conservez l'original pendant cinq ans.

À L'USAGE DE LA RÉGIE

--