

0000

DEMANDE DE REMBOURSEMENT
relative à l'assurance responsabilité professionnelle

À L'USAGE DE LA RÉGIE

Identification du professionnel

Form fields for NOM, PRÉNOM, and NUMÉRO AU COMPLET (7 CHIFFRES).

Contrat d'assurance

Table for insurance contract details including NUMÉRO DE CONTRAT, NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE, CODE COMPAGNIE D'ASSURANCE, PÉRIODE DE LA COUVERTURE, and MONTANT TOTAL DE LA PRIME.

- Legend for insurance codes: 01- Assurance Encon Inc., 02- Soc. nat. de gestion d'assurance N.I.M. Inc., 03- Guardian Inc. (Encon), 04- N.I.M. (Encon), 05- Association canadienne de protection méd., 06- Gestas Inc., 07- La Prudentielle, 08- Guardian du Canada, 09- Binder, 10- Lloyd's de Londres, 11- Autre.

Détail sur la prime payée

Table with columns for PÉRIODE (DÉBUT, FIN), CODE D'ACTIVITÉ DE L'A.C.P.M., NOM DE L'ACTIVITÉ A.C.P.M., and MONTANT DE LA PRIME PAYÉE POUR LA PÉRIODE. Includes a large 'SPÉCIMEN' watermark and a 'TOTAL' row.

Renseignements complémentaires

Large empty box for additional information.

Signature du professionnel Joindre les pièces justificatives.

Signature and date fields with a declaration: 'J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande de remboursement sont exacts.'

Faire parvenir les documents à l'adresse suivante : Régie de l'assurance maladie du Québec, Case postale 500 - Succ Terminus, Québec, (Québec) G1K 7B4

