

## Autorisation de communiquer des renseignements concernant une personne assurée

### 1. Renseignements sur l'identité \_\_\_\_\_

1.1 Nom de famille et prénom de la personne qui autorise la communication de renseignements			
Date de naissance A   M   J	Numéro d'assurance maladie - -	Téléphone Ind. rég.	
Adresse complète (numéro, rue, ville)			Code postal
1.2 Nom de famille et prénom de la personne ou nom de la société désignée pour recevoir les renseignements			
Adresse complète (numéro, rue, ville)			
Code postal	Téléphone au domicile Ind. rég.	Téléphone au bureau Ind. rég.	Poste

### 2. Autorisation de communiquer des renseignements \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_, autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie) à communiquer à la personne ou à la société désignée à la section 1.2 les noms des professionnels de la santé qui m'ont fourni des services, que la Régie a payés, les dates auxquelles ils ont été fournis ainsi que les sommes que la Régie leur a versées pour ces services pour la période comprise<sup>1</sup> entre le \_\_\_\_\_ et le \_\_\_\_\_.

Je déclare savoir à quelles fins ces renseignements doivent être utilisés par la personne ou la société désignée à la section 1.2 et je consens donc en toute connaissance de cause à ce qu'ils lui soient communiqués.

La présente autorisation est valable pour une durée maximale d'un an à compter de la date indiquée ci-dessous ou jusqu'au \_\_\_\_\_ (maximum un an).

\_\_\_\_\_  
Signature<sup>2</sup>  
(parent ou tuteur si la personne concernée a moins de 14 ans)

\_\_\_\_\_  
Date

1. Aucun renseignement n'est accessible pour des services payés avant novembre 1981.  
2. Aucune signature reprographiée n'est acceptée.

Retourner le formulaire et les documents exigés à la :  
Direction de l'admissibilité et des renseignements aux personnes assurées  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 6600  
Québec (Québec) G1K 7T3