



Régie de
l'assurance-maladie
du Québec

Case postale 6600
Québec (Québec)
G1K7T3

**PROGRAMME D'ALLOCATION DE CONGÉ DE MATERNITÉ OU
D'ADOPTION AU BÉNÉFICE DU MÉDECIN RÉMUNÉRÉ(E) À L'ACTE, À
TARIF HORAIRE OU À LA VACATION**

AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Par la présente, je, soussigné(e), _____
(nom) (prénom)

autorise la Régie de l'assurance-maladie du Québec à transmettre à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et aux membres du comité paritaire FMOQ-MSSS concernant l'Annexe XVI relative au programme d'allocation du congé de maternité ou d'adoption au bénéfice du médecin rémunéré(e) à l'acte, à tarif horaire ou à la vacation, le numéro anonyme correspondant à mon numéro de professionnel(le), ainsi que toutes les informations et données nécessaires à l'analyse de ma demande d'allocation.

La présente autorisation est valide pour cent quatre-vingts jours.

Signé à _____ le _____
(ville) (date)

(signature)

(numéro professionnel)

Signer et faire parvenir à l'adresse suivante : Registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca