

|  |
| --- |
| AUTORISATION PERMETTANT LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS Je, docteur       *(prénom et nom de famille en lettres moulées)*, autorise le comité paritaire Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)-Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à obtenir de la Régie de l’assurance-maladie du Québec (RAMQ) les informations personnelles relatives à la facturation de mes services médicaux auprès de la RAMQ et nécessaires à la détermination des mesures de compensation prévues à la Lettre d’entente n° 269.  La présente autorisation s’inscrit exclusivement dans le cadre de l’application des modalités de compensation de la Lettre d’entente relative aux cas de coronavirus (COVID‑19). Cette autorisation n’est valable que pour la durée nécessaire à ladite détermination de la compensation.  En foi de quoi j’ai signé à       ,  Ce       202      .    *signature #  de pratique* |

**Veuillez faire parvenir ce formulaire, numérisé au format PDF si possible,  
à** [**facturationcovid19@fmoq.org**](mailto:facturationcovid19@fmoq.org)

MAJ : 2020-04-17