



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)