

Les professionnels de la santé dont les noms et les numéros d'inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après appelée la RÉGIE) sont inscrits ci-dessous :

1. .... (Nom, Prénom) ..... (Numéro) .....
2. .... (Nom, Prénom) ..... (Numéro) .....
3. .... (Nom, Prénom) ..... (Numéro) .....
4. .... (Nom, Prénom) ..... (Numéro) .....
5. .... (Nom, Prénom) ..... (Numéro) .....
6. .... (Nom, Prénom) ..... (Numéro) .....
7. .... (Nom, Prénom) ..... (Numéro) .....
8. .... (Nom, Prénom) ..... (Numéro) .....
9. .... (Nom, Prénom) ..... (Numéro) .....
10. .... (Nom, Prénom) ..... (Numéro) .....
11. .... (Nom, Prénom) ..... (Numéro) .....
12. .... (Nom, Prénom) ..... (Numéro) .....
13. .... (Nom, Prénom) ..... (Numéro) .....

*Si l'espace est insuffisant, veuillez remplir un formulaire additionnel.*

*À remplir s'il s'agit d'un groupe :*

..... (Nom du groupe) ..... Numéro ..... (Tél.) .....

*dont l'adresse est la suivante:*

.....

**AUTORISENT**

1. .... (Nom, Prénom) ..... ÂGE (18 ans ou plus) .....
- ..... (Adresse) ..... (Tél.) .....
2. .... (Nom, Prénom) ..... ÂGE (18 ans ou plus) .....
- ..... (Adresse) ..... (Tél.) .....
3. .... (Nom, Prénom) ..... ÂGE (18 ans ou plus) .....
- ..... (Adresse) ..... (Tél.) .....
4. .... (Nom, Prénom) ..... ÂGE (18 ans ou plus) .....
- ..... (Adresse) ..... (Tél.) .....
5. .... (Nom, Prénom) ..... ÂGE (18 ans ou plus) .....
- ..... (Adresse) ..... (Tél.) .....
6. .... (Nom, Prénom) ..... ÂGE (18 ans ou plus) .....
- ..... (Adresse) ..... (Tél.) .....
7. .... (Nom, Prénom) ..... ÂGE (18 ans ou plus) .....
- ..... (Adresse) ..... (Tél.) .....
8. .... (Nom, Prénom) ..... ÂGE (18 ans ou plus) .....
- ..... (Adresse) ..... (Tél.) .....
9. .... (Nom, Prénom) ..... ÂGE (18 ans ou plus) .....
- ..... (Adresse) ..... (Tél.) .....

10.	..... (Nom, Prénom)	..... ÂGE (18 ans ou plus)
	..... (Adresse)	..... (Tél.)
11.	..... (Nom, Prénom)	..... ÂGE (18 ans ou plus)
	..... (Adresse)	..... (Tél.)
12.	..... (Nom, Prénom)	..... ÂGE (18 ans ou plus)
	..... (Adresse)	..... (Tél.)
13.	..... (Nom, Prénom)	..... ÂGE (18 ans ou plus)
	..... (Adresse)	..... (Tél.)

*Si l'espace est insuffisant, veuillez remplir un formulaire additionnel.*

à titre de mandataire(s), à signer pour et en leur nom tout relevé d'honoraires ou toute demande de paiement et document afférent, y compris les avis de changement d'adresse, à certifier que les services inscrits sur les relevés d'honoraires et toute demande de paiement et sur tout document afférent, ont été fournis par le mandant lui-même, à recevoir de la Régie les renseignements qu'il pourrait requérir concernant les relevés d'honoraires ou demandes de paiement qu'il est, par la présente, autorisé à signer. S'il s'agit d'un pharmacien qui n'a pas fourni personnellement les services inscrits sur la demande de paiement ou sur le document afférent, le mandataire est autorisé à certifier que tels services ont été légalement fournis par un des employés du pharmacien.

Le mandant, professionnel de la santé ci-nommé, prend acte de l'article 22.1 de la Loi sur l'assurance maladie, L.R.Q.,

c. A-29. Il n'a droit d'être rémunéré par la Régie que s'il a lui-même signé le relevé d'honoraires prescrit, sous réserve de ce mandat.

Le mandant, professionnel de la santé ci-nommé, convient et s'engage, par la présente, à rembourser à la Régie sur demande, tout montant payé par la Régie sur présentation d'un relevé d'honoraires ou d'une demande de paiement signé par un mandataire ci-nommé pour des services assurés qui n'ont pas été fournis par le mandant lui-même ou, dans le cas d'un pharmacien, légalement par un de ses employés.

Le présent mandat entre en vigueur à la date de sa réception à la Régie, et la Régie avisera le mandant de cette date par un accusé de réception. Ce mandat demeure en vigueur jusqu'à réception à la Régie d'un avis écrit de révocation signé par le mandant et cet avis ne s'applique qu'aux relevés d'honoraires ou demandes de paiement signés par le mandataire à compter de la date de sa réception à la Régie, ou jusqu'à l'expédition d'un avis écrit par la Régie au mandant à l'effet qu'elle n'est pas liée par ce mandat.

SIGNÉ à ..... ce ..... jour de .....

**MANDANT(S)**

**MANDATAIRE (S)**

1.	..... (Signature du mandant)	..... (Signature du mandataire)
2.	..... (Signature du mandant)	..... (Signature du mandataire)
3.	..... (Signature du mandant)	..... (Signature du mandataire)
4.	..... (Signature du mandant)	..... (Signature du mandataire)
5.	..... (Signature du mandant)	..... (Signature du mandataire)
6.	..... (Signature du mandant)	..... (Signature du mandataire)
7.	..... (Signature du mandant)	..... (Signature du mandataire)
8.	..... (Signature du mandant)	..... (Signature du mandataire)
9.	..... (Signature du mandant)	..... (Signature du mandataire)
10.	..... (Signature du mandant)	..... (Signature du mandataire)
11.	..... (Signature du mandant)	..... (Signature du mandataire)
12.	..... (Signature du mandant)	..... (Signature du mandataire)
13.	..... (Signature du mandant)	..... (Signature du mandataire)

*Si l'espace est insuffisant, veuillez remplir un formulaire additionnel.*

Date de réception à la Régie:

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

..... par .....