



Divulgence de renseignements médicaux

Formulaire d'autorisation

Nom du patient :

Date de naissance du patient :

Numéro de dossier:

Nom du médecin de famille :	Nom du spécialiste :
Numéro de téléphone:	Numéro de téléphone:
Ville/Province :	Ville/Province :

Je (patient/désigné) _____ autorise par la présente l'entreprise suivante :

Penfield Care
310-260 Hearst Way
Ottawa, Ontario K2L 3H1
Phone: 800.705.5991
Fax: 613-880-0770
Email: claims@penfieldcare.com

Pour acquérir et obtenir toutes les informations médicales me concernant, liées à ma ou mes réclamations, qui comprennent le traitement médical en cours, les investigations, les tests et les antécédents médicaux.

Par conséquent, j'autorise par la présente Penfield à utiliser ces informations afin de fournir une assistance médicale et d'évaluer et de déterminer la couverture des frais engagés, conformément aux termes et conditions de ma police d'assurance.

Signature du patient/désigné

Date (MM/DD/YY)