AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION
AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

I (the undersigned), authorize (the name of the hospital, physician or other medical facility) to disclose my protected health information including copies of my records to:

Je (soussigné) autorise (nom de l'hôpital, du médecin ou de l'établissement relié aux soins médicaux) à divulguer mes informations médicales confidentielles, y compris des copies de mon dossier à :

Global Excel Management / Gestion Global Excel Inc.

P.O. Box 10	73 Queen
Beebe Plain, VT 05823	Sherbrooke, QC J1M 0C9
USA	Canada

Patient Name/Nom du patient :	**Birth Date**/Date de naissance (mm/dd/yy) / (mm/jj/aa) :	**Claim Number**/Numéro de demande de règlement :

Unless otherwise noted this authorization will expire six months from the date of signature.
A moins d'indication contraire, cette autorisation est valide pour six mois après la date de signature.

Date(s) of service/Date(s) de service: **Enter dates of service**

Purpose of disclosure/Raison de divulgation des informations:
BILLING OR CLAIMS PAYMENT/RÈGLEMENT DES FACTURES OU REMBOURSEMENT DE DEMANDE DE RÉGLEMENT

Please release the following information / Veuillez svp nous fournir les informations suivants

History and Physical/ Histoire médicale et physique	☒	**Doctors' orders**/ Ordonnances médicales	☒	**Psychological Records**/ Rapports psychologiques	☒
Discharge summary/ Résumé des hospitalisations	☒	**Laboratory reports**/ Rapports de laboratoire	☒	**Drug/Alcohol Information**/ Renseignements sur l'usage de la drogue/l'alcool	☒
Emergency room report/ Rapport de la salle d'urgence	☒	**MRI, X-ray, CT scan**/ IRM, échographies, radiographies	☒	**Infectious Disease (includes HIV/AIDS tests)**/ Maladies infectieuses (incluant test de dépistage du VIH/SIDA)	☐
Consultations/ Consultations	☒	**EKG, EEG, EMG**/ ECG, EEG, EMG	☒	**Complete Record**/ Rapports complets	☐
Operative report/ Rapports opératoires	☒	**Progress Notes**/ Notes d'évolution	☒	**Other**/ Autre	☐

I understand that: /Je comprends que :

- **This information is required to process my claim.** / Ces informations sont nécessaires à l'évaluation de ma demande de règlement.
- **If medical records are not provided, expenses related to my claim may not be covered by my insurance.** / A défaut d'obtenir ces renseignements, les dépenses en lien avec ma demande de règlement pourraient ne pas être couvertes par mon assurance.
- **I may refuse to sign this authorization and that it is strictly voluntary.** / J'ai le droit de ne pas signer ce formulaire d'autorisation. Cette démarche est strictement volontaire.
- **I may revoke this authorization at any time in writing, except to the extent action has already been taken.** / Je peux en tout temps demander par écrit l'annulation de cette autorisation, en autant qu'aucune mesure n'ait déjà été initiée.
- **Information disclosed pursuant to this authorization could be re-disclosed by the recipient. Such re-disclosure may then no longer be protected by federal privacy regulations.** / L'information divulguée sous cette autorisation pourrait être divulguée de nouveau par son détenteur. Une telle pratique pourrait ainsi ne plus être assujettie aux normes de confidentialité fédérales.
- **My signature means that I have read this form and/or have had it read to me and explained in a language that I can understand.** / Ma signature confirme que j'ai lu le présent document et/ou en ai entendu la lecture et/ou en ai eu lecture et traduction dans une langue que je comprends.

Signature of patient/Signature du patient _____ Date: _____ (mm/dd/yy) / (mm/jj/aa)	**Signature of witness**/Signature du témoin _____ Date: _____ (mm/dd/yy) / (mm/jj/aa)
Signature of parent or authorized representative/Signature du parent ou du représentant autorisé _____ Date: _____ (mm/dd/yy) / (mm/jj/aa)	**Relationship to patient**/Lien avec le patient _____ _____