

Practitioner's Authorization - Medicare
P.O. Box 5100, Fredericton, N.B. E3B 5G8

Autorisation du praticien - Assurance-maladie
C.P. 5100, Fredericton (N.-B.) E3B 5G8

I hereby delegate authority to submit claims on my behalf to the following:

J'autorise, par les présentes les personnes suivantes à soumettre en mon nom les factures du praticien :

Name/Nom	Specimen Signature/Spécimen de signature

AND: (Initial only one of the following)

ET : (apposez vos initiales en face de l'énoncé qui vous concerne)

I hereby cancel all previous Signature Authorizations		Je retire, par la présente, toute autorisation de signature antérieure
All previous Signature Authorizations remain valid		Toutes les autorisations de signature antérieures demeurent valables

I understand that I continue to be fully responsible for all claims submitted on my behalf and payments arising therefrom.

Il est entendu que je demeure pleinement responsable de toutes les factures soumises en mon nom ainsi que des paiements qui en découlent.

Name of Practitioner/
Nom du praticien _____

Number/
Numéro _____

Address/
Adresse _____

Postal Code/
Code postal

--	--	--	--	--	--	--

Date _____

Signature of Practitioner/
Signature du praticien _____