

RÉCLAMATION HORS PROVINCE POUR SERVICES MÉDICAUX

ESPACE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

A À remplir par la personne assurée ou son représentant (en lettres majuscules)

NOM DE FAMILLE DE LA PERSONNE ASSURÉE SUR LA CARTE SANTÉ		PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	
ADRESSE PERMANENTE			DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE	

MUNICIPALITÉ _____ PROVINCE OU TERRITOIRE _____ CODE POSTAL _____

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR			SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NOM DU PARENT OU DU TUTEUR		SPÉCIFIEZ LA RELATION AVEC LA PERSONNE ASSURÉE			
DATE DE DÉPART DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE D'ORIGINE ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE RETOUR DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE D'ORIGINE ANNÉE MOIS JOUR		PROVINCE, TERRITOIRE OÙ LES SERVICES ONT ÉTÉ RENDUS		S'AGIT-IL D'UN DÉMÉNAGEMENT PERMANENT? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		SI OUI, INDIQUEZ LA DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR	

RAISON DU SÉJOUR : VACANCES ÉTUDES AFFAIRES AUTRES : (précisez) _____

B Déclaration de la personne assurée ou de son représentant

Je déclare par la présente, sachant que cette déclaration a la même valeur que si elle était faite sous serment et en vertu de la Loi sur la preuve au Canada, que les renseignements ci-dessus sont exacts et que je suis une personne assurée du régime d'assurance maladie de la province ou du territoire de _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE (Si le signataire n'est pas la personne assurée, indiquer la relation avec celle-ci)			DATE ANNÉE MOIS JOUR			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (travail) IND. RÉG. ()			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (domicile) IND. RÉG. ()		
X _____											

C À remplir par le professionnel (en lettres majuscules)

NOM DU PROFESSIONNEL		PRÉNOM	<input type="checkbox"/> OMNIPRATICIEN <input type="checkbox"/> SPÉCIALISTE SPÉCIALITÉ _____	
NOM DE LA RAISON SOCIALE (S'IL Y A LIEU)			S'IL Y A LIEU	
ADRESSE NUMÉRO RUE VILLE			<input type="checkbox"/> ANESTHÉSISTE <input type="checkbox"/> ASSISTANT-CHIRURGIEN <input type="checkbox"/> PSYCHIATRE	
PROVINCE OU TERRITOIRE CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.			NOM DU MÉDECIN QUI A RÉFÉRÉ LA PERSONNE ASSURÉE	
			SPÉCIALITÉ _____	

VERSEMENT AU PROFESSIONNEL REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE VERSEMENT À LA RAISON SOCIALE

NOM ET ADRESSE DU CENTRE HOSPITALIER SI LES SERVICES ONT ÉTÉ UTILISÉS _____

DATE D'ADMISSION ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

D Description des soins dispensés

Lieu où les services ont été rendus

NATURE DES SERVICES	CODE D'ACTE	TARIF	DATE DES SERVICES			HEURE	AU CABINET	SERVICE HOSPITALIER	SERVICE EXTERNE	SALLE D'URGENCE	À DOMICILE
			ANNÉE	MOIS	JOUR						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSTIC ET REMARQUES

S'IL S'AGIT D'UNE RÉCLAMATION RELATIVE À UN ACCIDENT DE TRAVAIL UN ACCIDENT D'AUTOMOBILE DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR AUTRE : (précisez) _____

J'accepte comme paiement complet la somme prévue par l'assurance maladie de la personne assurée.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL X _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR LANGUE DE CORRESPONDANCE FRANÇAIS ANGLAIS

OUT-OF-PROVINCE CLAIM FOR PHYSICIAN SERVICES

SPACE RESERVED FOR ADMINISTRATIVE PURPOSES

A To be completed by Patient or Representative (please type or print clearly)

PATIENT'S LAST NAME ON HEALTH CARD		FIRST NAME	MEDICARE NUMBER	
PERMANENT MAILING ADDRESS			CARD EXPIRY DATE	

MUNICIPALITY _____ PROVINCE/TERRITORY _____ POSTAL CODE _____

BIRTHDATE YEAR MONTH DAY			SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NAME OF PARENT / GUARDIAN		RELATIONSHIP TO PATIENT				
DATE OF DEPARTURE FROM HOME PROVINCE/TERRITORY YEAR MONTH DAY			DATE OF RETURN TO HOME PROVINCE/TERRITORY YEAR MONTH DAY			PLACE WHERE TREATED (PROVINCE, TERRITORY)		IS THIS A PERMANENT MOVE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, INDICATE THE MOVE DATE YEAR MONTH DAY	

GIVE REASON FOR ABSENCE FROM HOME
 VACATION STUDY BUSINESS OTHER: (specify) _____

B Declaration of Patient or Representative

I hereby declare, conscientiously believing it to be true and knowing it to have the same effect as if it were made under oath and by virtue of the *Canada Evidence Act*, that the information given above is correct and that I am a beneficiary of the Medical Care Plan in the province/territory of _____

SIGNATURE OF PATIENT (If other than patient, state relationship to patient)			DATE YEAR MONTH DAY			TELEPHONE NO. (Work) AREA CODE ()			TELEPHONE NO. (Home) AREA CODE ()		
---	--	--	------------------------	--	--	---------------------------------------	--	--	---------------------------------------	--	--

C To be completed by Health Professional (please type or print clearly)

HEALTH PROFESSIONAL'S LAST NAME		FIRST NAME		<input type="checkbox"/> GENERAL PRACTITIONER <input type="checkbox"/> SPECIALIST SPECIALITY _____			
NAME OF BUSINESS (IF APPLICABLE)				IF APPLICABLE		DURATION OF TREATMENT HRS MINS	
ADDRESS NUMBER STREET MUNICIPALITY				NAME OF REFERRING PHYSICIAN			
PROVINCE OR TERRITORY		POSTAL CODE		TELEPHONE NUMBER AREA CODE		SPECIALITY	

PAYMENT TO HEALTH PROFESSIONAL REIMBURSEMENT TO PATIENT PAYMENT TO BUSINESS

NAME AND ADDRESS OF HOSPITAL IF ITS SERVICES WERE USED						ADMISSION DATE YEAR MONTH DAY			DISCHARGE DATE YEAR MONTH DAY		
--	--	--	--	--	--	----------------------------------	--	--	----------------------------------	--	--

D Description of services delivered

PROCEDURE/TREATMENT	FEE CODE	FEE	DATE OF SERVICE			TIME	Place where the services were rendered				
			YEAR	MONTH	DAY		OFFICE	HOSPITAL IN-PATIENT	HOSPITAL OUT-PATIENT	EMERGENCY ROOM	HOME
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSIS AND OTHER REMARKS

CLAIM INVOLVES:
 WORK ACCIDENT AUTOMOBILE ACCIDENT OTHER: (specify) _____
 DATE OF ACCIDENT YEAR MONTH DAY

I accept the patient's plan payment as payment in full.

HEALTH PROFESSIONAL'S SIGNATURE X _____	DATE YEAR MONTH DAY	LANGUAGE OF CORRESPONDENCE <input type="checkbox"/> FRENCH <input type="checkbox"/> ENGLISH
---	------------------------	--