Out of Province Claim for Physician Services

(reserved for administration)

A To be completed by the Patient or Parent / Guardian of Patient *(please type or print clearly)*

Patient's last name on Health Card | First name | Initials | Medicare no.

Permanent mailing address | Date of expiry

Municipality | Province/territory | Postal code

Date of birth yyyy mm dd | Sex ☐ M ☐ F | Name of parent / Guardian | Relationship to patient

Date of departure from home province/territory yyyy mm dd | Place where treated (province, territory) | Date of arrival yyyy mm dd

Is this a permanent move? ☐ Yes ☐ No | If no, specify date of return to home province/territory yyyy mm dd

Reason for absence from home ☐ vacation ☐ study | Name of institution ☐ business ☐ other *(specify)*

B Declaration of Patient or Parent / Guardian of Patient or Parent / Guardian of Patient

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

I request that payment be made: ☐ directly to the physician ☐ to patient/contract holder

Signature of patient *(If other than patient, state relationship to patient)* | Date | Telephone no. *(home)* ( ) | Telephone no. *(work)* ( )

C To be completed by Physician *(please type or print clearly)*

Physician's name | Initials | Specialty ☐ certified ☐ non-certified

Address | If ☐ Anaesthetist ☐ Surgical Assistant ☐ Psychiatrist | Provide duration of service Hrs. Min.

Name of referring physician | Speciality

Postal Code | Services provide in ☐ Office ☐ Home ☐ Hospital out-patient ☐ Hospital in-patient

If hospital services, please provide: Name of hospital | Admission date yyyy mm dd | Discharge date yyyy mm dd

Address

If claiming in-patient care, please indicate service dates

	Year	Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Service date(s)	Year	Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Procedure/Treatment	Fee code	Fee	Date of service yy mm dd	Time	For Office Use Only
Diagnosis and other remarks					

Claims involves:
☐ Workers' compensation ☐ pensionable disability
☐ automobile accident ☐ other third party

☐ Pay physician – I accept the patient's plan payment as payment in full ☐ Pay patient

Physician's signature | Date | Language of correspondence ☐ English ☐ French

Réclamation hors province pour services médicaux

(réservé à l'administration)

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

Nom de famille de la personne assurée sur la carte santé	Prénom	Initials	Nº d'assurance-maladie

Adresse permanente	Date d'expiration de la carte

Ville	Province ou territoire	Code postal

Date de naissance aaaa mm jj	Sexe ☐ M ☐ F	Nom du parent / tuteur	Relation avec la personne assurée

Date de départ de la province ou du territoire d'origine aaaa mm jj	Province, territoire où les services ont été rendus	Date d'arrivée aaaa mm jj

S'agit-il d'un déménagement? ☐ Oui ☐ Non	Si non, préciser la date de retour dans la province ou le territoire d'origine aaaa mm jj	

Raison du séjour : ☐ vacances ☐ études ☐ affaires ☐ autres *(préciser)* _____

Nom de l'institution

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 de ou du territoire de

_____

À ce titre, je demande que les honoraires : ☐ soient versés au professionnel ☐ me soient remboursés

Signature de la personne assurée *(Si le signataire n'est pas la personne assurée, indiquer la relation avec celui-ci)*	Date	Nº de téléphone *(domicile)* ( )	Nº de téléphone *(travail)* ( )

C À remplir par le médecin *(en lettres moulées)*

Nom du médecin	Initials	Spécialité ☐ spécialiste ☐ omnipraticien

Adresse	S'il y a lieu ☐ Anesthésiste ☐ Assistant-chirurgien ☐ Psychiatre	Durée du traitement Heures Min.
	Nom du médecin qui a référé la personne	Spécialité
Code postal	Services rendus ☐ au cabinet ☐ à domicile ☐ en service externe ☐ en service hospitalier	

Si les services ont été utilisées :	Nom de l'hôpital	Date d'admission aaaa mm jj	Date de sortie aaaa mm jj
	Adresse		

Réclamation pour soins à un malade hospitalisé : S.V.P. indiquer les dates de services

Date des services	Année	Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	Année	Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Nature des services	Code d'acte	Tarif	Date des services aa mm jj	Heure	Réservé à l'administration
Diagnostic et remarques					

Réclamation relative à :
☐ un accident de travail ☐ un accident d'automobile
☐ une invalidité ☐ une autre responsabilité

☐ Versement au médecin – J'accepte comme paiement complet la somme prévue par l'assurance-maladie de la personne assurée ☐ Remboursement à la personne assurée

Signature du médecin	Date	Langue de correspondance ☐ Français ☐ Anglais