

A Section 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, DU TUTEUR OU DU REPRÉSENTANT	LIEN 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 OU 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 : <input type="checkbox"/> VACANCES <input type="checkbox"/> ÉTUDES <input type="checkbox"/> TRAVAIL <input type="checkbox"/> AUTRE (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 couverte par le 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, indiquez la relation avec celle-ci) X _____	DATE ANNÉE MOIS JOUR	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (travail) IND. RÉG.	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (domicile) IND. RÉG.
--	-------------------------	--	---

C Section à remplir par le professionnel (en lettres majuscules)

NOM DU PROFESSIONNEL	PRÉNOM	<input type="checkbox"/> SPÉCIALISTE) SPÉCIALITÉ _____ <input type="checkbox"/> ASSISTANT
NOM DE LA RAISON SOCIALE (S'IL Y A LIEU)		<input type="checkbox"/> OMNIPRATICIEN <input type="checkbox"/> DENTISTE <input type="checkbox"/> CHIRURGIEN MAXILLO-FACIAL
		<input type="checkbox"/> OPTOMÉTRISTE <input type="checkbox"/> AUTRE _____ DURÉE DU TRAITEMENT HEURES MINUTES

ADRESSE NUMÉRO RUE VILLE	NOM DU MÉDECIN QUI A RÉFÉRÉ LA PERSONNE ASSURÉE
PROVINCE OU TERRITOIRE CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	SPÉCIALITÉ

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

NOM ET ADRESSE DU CENTRE HOSPITALIER (S'IL Y A LIEU)	DATE D'ADMISSION ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR
--	-------------------------------------	-----------------------------------

D Description des services rendus

DESCRIPTION DES SERVICES	CODE D'ACTE	TARIF	DATE DES SERVICES		HEURE	Lieu où les services ont été rendus						
			ANNÉE	MOIS		JOUR	HEURES	MINUTES	AU CABINET	SERVICE HOSPITALIER	SERVICE EXTERNE	SALLE D'URGENCE

COMMENT LE SERVICE A-T-IL ÉTÉ RENDU?
 PAR TÉLÉPHONE PAR VISIOCONFÉRENCE EN PERSONNE

DIAGNOSTIC ET REMARQUES	S'IL S'AGIT D'UNE RÉCLAMATION RELATIVE À UN ACCIDENT : <input type="checkbox"/> DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> D'AUTOMOBILE	DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR
--------------------------------	---	---------------------------------------

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

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL X _____	NUMÉRO DE PERMIS	DATE ANNÉE MOIS JOUR	LANGUE DE CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS
------------------------------------	------------------	-------------------------	--