

**Patient Identification / Identification du malade**

Patient's last name and initials / Nom de famille et initiale(s) du malade			Patient's address / Adresse du malade		
Health Number / Numéro de carte Santé	Version code	Sex/Sexe			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Patient's first name / Prénom du malade	Date of birth / Date de naissance		Postal Code / Code postal		
	yr./an. mo. day/jr.				

**Surgery Details / Renseignements sur l'intervention chirurgicale**

Name and address of hospital / Nom et adresse de l'hôpital		
Date of admission (if known) / Date d'admission (si connue)	Proposed fee / Honoraires envisagés	

Diagnosis and proposed procedure / Diagnostic et acte envisagé

---



---



---

Medical indication for surgery / raisons médicales justifiant l'intervention chirurgicale

---



---



---

Reason for referral outside Ontario / Raison de la recommandation d'un spécialiste à l'extérieur de l'Ontario

---



---



---

Surgeon's and/or referring physician's name in full Nom et prénoms du médecin qui adresse le malade ou/et du chirurgien	Surgeon's and/or referring physician's address / Adresse du médecin et/ou du chirurgien nommés	
Surgeon's and/or referring physician's Ministry of Health and Long-Term Care identification number Numéro d'identification Ministère de la Santé et des Soins de longue durée du médecin et/ou du chirurgien nommés		
Surgeon's and/or referring physician's signature Signature du médecin et/ou du chirurgien nommés	Date	Postal Code / Code postal

**Ministry of Health and Long-Term Care Assessment / Évaluation par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée**

1 and 2 pertain on condition that Ontario Health coverage is in effect on date of service.  
Les remarques 1 et 2 ne sont à considérer que si la Protection-santé de l'Ontario est en vigueur à la date ou les soins sont dispensés.

1. Approved for benefits as submitted / 1. Règlement approuvée sans modification

2. Approved as amended / 2. Approuvé avec modifications

3. Not an eligible benefit / 3. Intervention non couverte

Comments/Remarques

---



---

*This authorization is valid for one year after date of approval.  
La présente autorisation est valide pour un an à compter de la date d'autorisation.*

**Instructions to surgeons/physicians:**

- Forward all copies of this form to Medical Consultant c/o your Ministry of Health and Long-Term Care office.
- Please advise Assistant and Anaesthetist of status of claim. (that Approval has to be requested).
- Return your copy of this form with your claim card if request is approved.
- Please print or type, you are making 4 copies.

**(See reverse / Au verso)**

Part 1 – Surgeon / Copie 1 – Chirurgien  
Part 2 – Patient / Copie 2 – Malade  
Part 3 – Ministry of Health and Long-Term Care / Copie 3 – Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Part 4 – Hospital / Copie 4 – Hôpital

Signature for Ministry of Health and Long-Term Care Signature au nom du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Date
---	------

**Instructions au chirurgien/médecin :**

- Envoyez toutes les copies de cette formule au médecin-conseil, aux soins du bureau du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- Veillez aviser l'assistant et l'anesthésiste qu'une demande d'approbation est en cours.
- Si la demande est approuvée, renvoyez votre copie de la formule avec votre carte de demande de règlement.
- Veillez dactylographier ou écrire en lettres moulées – vous faites quatre copies.

Collection of the information on this form is authorized under the Health Insurance Act, R.S.O. 1990, c.H. 6, Regulation 552, Preamble to Schedule 15. It will be used to assess eligibility for payment. For information about collection practices, contact the Director, Provider Services Branch at (613) 548-6716.

La loi sur l'assurance-santé, L.R.O. de 1990, chap. 6, règlement 552, préambule de l'annexe 15, autorise la collecte des renseignements demandés dans cette formule aux fins d'évaluer l'admissibilité d'une personne à l'exonération de primes. Pour se renseigner sur les pratiques de collecte des renseignements, il convient de s'adresser au directeur des services professionnels au (613) 548-6716.

**For the Ministry of Health and Long-Term Care office nearest you**

**please call 1 800 268-1154**

**In Toronto (416) 314-5518**

**For TTY 1 800 387-5559**

or

**Consult the government pages of your telephone book**

or

**Visit our Web site at**

**[www.gov.on.ca/health](http://www.gov.on.ca/health)**

**Pour trouver le bureau du ministère de la Santé et des Soins de longue durée le plus près de chez vous,**

**veuillez composer le 1 800 268-1154**

**À Toronto (416) 314-5518**

**ATS 1 800 387-5559**

ou

**Consultez les pages du gouvernement de votre annuaire téléphonique**

ou

**Visitez notre site Web :**

**[www.gov.on.ca/health](http://www.gov.on.ca/health)**