



Ministry of Health
700 – 75 Albert Street
Ottawa ON K1P 5Y9

Ministère de la Santé
700 – 75, rue Albert
Ottawa ON K1P 5Y9

Out of Province Out-patient Services

Services de consultations externes – patients hors province

Hospital name/Nom de l'hôpital	Location/Adresse	Facility No./N° de l'hôpital	Page of/de
Province of Residence/Province de résidence		Prov. Code/Code prov.	Month Ending/Mois se terminant le

Line no. No de ligne	Plan Registration No. Numéro d'inscription au régime	Patient's Personal Information / Renseignements personnels sur le patient Patient's surname (for married Quebec, female residents, surname at birth), first name Nom de famille du patient (pour la femme mariée résidant au Québec, inscrire le nom de famille à la naissance), prénom			Date of Service Date du service dispensé yyyy mm dd aaaa mm jj	ICD-10 CIM-10	CCI	Cost per Service Tarif du service dispensé
1	Expiry Date shown on Card Date d'expiration indiquée sur la carte yyyy/aaaa mm dd/jj	Surname/Nom de famille	Date of Birth/Date de naissance yyyy/aaaa mm dd/jj		Service Code/Code du service			
	Given Name/Prénom	Sex(e)						
2	Expiry Date shown on Card Date d'expiration indiquée sur la carte yyyy/aaaa mm dd/jj	Surname/Nom de famille	Date of Birth/Date de naissance yyyy/aaaa mm dd/jj		Service Code/Code du service			
	Given Name/Prénom	Sex(e)						
3	Expiry Date shown on Card Date d'expiration indiquée sur la carte yyyy/aaaa mm dd/jj	Surname/Nom de famille	Date of Birth/Date de naissance yyyy/aaaa mm dd/jj		Service Code/Code du service			
	Given Name/Prénom	Sex(e)						
4	Expiry Date shown on Card Date d'expiration indiquée sur la carte yyyy/aaaa mm dd/jj	Surname/Nom de famille	Date of Birth/Date de naissance yyyy/aaaa mm dd/jj		Service Code/Code du service			
	Given Name/Prénom	Sex(e)						
5	Expiry Date shown on Card Date d'expiration indiquée sur la carte yyyy/aaaa mm dd/jj	Surname/Nom de famille	Date of Birth/Date de naissance yyyy/aaaa mm dd/jj		Service Code/Code du service			
	Given Name/Prénom	Sex(e)						
6	Expiry Date shown on Card Date d'expiration indiquée sur la carte yyyy/aaaa mm dd/jj	Surname/Nom de famille	Date of Birth/Date de naissance yyyy/aaaa mm dd/jj		Service Code/Code du service			
	Given Name/Prénom	Sex(e)						

Hospital Certification

I certify that the health insurance identification cards of the patients listed above have been examined and the patient's home address in each case appears on the hospital records.

Attestation de l'hôpital

Nous attestons par la présente que les cartes d'immatriculation des patients susnommés ont été examinées et que l'adresse domiciliaire de chacun d'eux est consignée dans nos dossiers.

Authorized signature/Signature autorisée

Date

Total cost of services
Coût total des services