

Summary of Inpatient Expenses Sommaire des dépenses relatives aux malades hospitalisés

Attention: **Supervisor of Reciprocal Billing**
À l'attention du **superviseur de la facturation réciproque**

Enclosed are statements of inpatient expenses incurred in the treatment of the residents of other provinces, as summarized below, for the month ending _____ .

Veuillez trouver ci-jointes les relevés des dépenses relatives aux malades hospitalisés, récapitulés ci-après, en ce qui a trait au traitement de résidents d'autres provinces pour le mois se terminant le _____ .

Province	Amount/Montant
British Columbia/Colombie-Britannique	
Alberta	
Saskatchewan	
Manitoba	
Québec	
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Edouard	
Newfoundland Labrador/Terre-Neuve et du Labrador	
Nunavut	
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	
Yukon Territory/Territoire du Yukon	
Total	

I certify that these amounts were not previously billed, nor billed in whole or in part, to any other party.
J'atteste que les montants indiqués, en totalité ou en partie, n'ont pas été facturés à un tiers.

Authorized Signature/Signature autorisée