

To accompany all accounts submitted for reimbursement

- Complete, sign, and return this form with your accounts to a Ministry of Health and Long-Term Care (OHIP) office. Keep copies for your records.
- Send an original detailed statement that gives a complete breakdown of all charges.
- The ministry will not accept photocopies or faxes.
- If the original statement is not in English or French include translation with your statement.
 - Accounts under \$1000.00 Canadian, a non-certified translation is acceptable when accompanied by a signed statement.
 - Accounts \$1000.00 and over, a certified translation is required.
- The ministry will pay the **hospital** directly, upon receipt of an itemized invoice and a written authorization from the patient directing to pay the hospital. The ministry will pay the **patient** directly, upon receipt of an itemized invoice and an original receipt as proof of payment.
- Payments will be in Canadian funds. Allow 6 - 8 weeks for payment.
- Do not submit prescription receipts. Drugs are not covered.
- Accounts must be submitted within 12 months from the date of service.

Collection of the information on this form is authorized under the *Health Insurance Act*, R.S.O., 1990, C.H.6, Section 4.1. It will be used to assess, verify and monitor eligibility for payment. For information about collection practices, call 1 800 268-1154, in Toronto (416) 314-5518, or by mail to your local Ministry of Health and Long-Term Care Office.

Patient Information

If the Ontario address does not match your Health Number records, this form will be used to update your records.

Health Number		Version	Patient's last name		First name	
Date of birth year month day		Sex <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female	Telephone no. (home) ()		Telephone no. (business) ()	
Mailing address Street name			City		Province	Postal code
Residence address Street name			City		Province	Postal code
Date of departure from Ontario year month day		Date of return to Ontario year month day		Country/Province where treatment provided		Type of currency paid
In the previous 12 month period, have you been absent from Ontario for a period of more than 212 days?				If yes, provide details.		
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no						
Do you have travel/supplementary insurance?			If yes, name of insurance company		Policy number	
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no						

Treatment Information

Was this treatment required due to a condition which arose outside Ontario, was acute and unexpected, and required immediate treatment?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		Treatment date year month day	
Reason for visit/diagnosis (<i>nature of illness</i>)				Type of treatment received			
Place of treatment <input type="checkbox"/> office <input type="checkbox"/> home <input type="checkbox"/> hospital <input type="checkbox"/> other (<i>specify</i>)				Time of treatment		<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	

Hospital Information

Hospital name			Hospital address				
Admission date year month day		Discharge date year month day		<input type="checkbox"/> inpatient <input type="checkbox"/> outpatient			
Knowingly providing false information is an offence punishable by fine and/or imprisonment. The information I have given on this form is true and accurate.				Signature of patient/guardian X		Date	

For Ministry Use Only

Date year month day		If you have any questions, call: Office		Clerk	Telephone
------------------------	--	--	--	-------	-----------

Out-of-Province, Out-of-Country claims processing offices, or for more information visit our web site at: www.gov.on.ca/health

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hamilton 119 King St. W., 10th floor L8N 4C8 (905) 521-7547 | <input type="checkbox"/> Ottawa 75 Albert St. K1P 5Y9 (613) 237-9100 |
| <input type="checkbox"/> London 217 York St. 5th floor N6A 5P9 (519) 675-6800 | <input type="checkbox"/> Thunder Bay 435 James St. S., Suite 113 P7E 6T1 (807) 475-1353 or 1 800 465-5067 |
| <input type="checkbox"/> Oshawa 419 King St. W., Executive Tower, Oshawa Centre L1H 8L4 (905) 576-2870 | <input type="checkbox"/> Toronto 47 Sheppard Ave. E., M2N 7E7 (416) 314-7540 |

Renseignements confidentiels
**Les règles suivantes s'appliquent à toutes les demandes
de remboursement :**

- Vous devez remplir, signer et envoyer la présente formule à un bureau du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Assurance-santé). Conservez-en une copie pour vos dossiers.
- Vous devez envoyer une déclaration originale renfermant une description détaillée de tous les frais.
- Le ministère n'accepte pas les photocopies ni les télécopies.
- Si la déclaration originale n'est ni en français ni en anglais, il faut y joindre une traduction.
 - Pour les demandes de moins de 1 000 \$CAN, une traduction non certifiée est acceptable si elle est accompagnée d'une déclaration signée.
 - Pour les demandes de 1 000 \$CAN et plus, une traduction certifiée est nécessaire.
- Le ministère paiera **l'hôpital** directement sur réception d'une facture détaillée et d'une autorisation écrite du patient ou de la patiente de payer directement l'hôpital. Le ministère paiera le **patient** ou la **patiente** directement sur réception d'une facture détaillée et d'un reçu original comme preuve de paiement.
- Les paiements seront effectués en dollars canadiens. Il faut prévoir de six à huit semaines avant de recevoir les paiements.
- Il ne faut pas envoyer les reçus de paiement de médicaments, car ces derniers ne sont pas remboursables.
- Les demandes de remboursement doivent être transmises dans les 12 mois suivant la date de traitement.

Les renseignements demandés dans la présente formule sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, L.R.O. 1990, chap. H.6, article 4.1 afin d'évaluer, de vérifier et de surveiller l'admissibilité de la demande. Pour obtenir des renseignements sur la collecte de renseignements, veuillez composer le 1 800 268-1154 ou le (416) 314-5518 à Toronto, ou encore écrire au bureau local du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Renseignements sur le patient ou la patiente

Si l'adresse en Ontario ne correspond pas à celle se trouvant dans votre dossier d'Assurance-santé, nous nous servirons de la présente formule pour mettre votre dossier à jour.

N° de carte Santé		Version	Nom de famille		Prénom	
Date de naissance année mois jour		Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme		Téléphone (domicile) ()		Téléphone (travail) ()
Adresse postale Rue		Ville		Province	Code postal	
Adresse personnelle Rue		Ville		Province	Code postal	
Date de départ de l'Ontario année mois jour		Date de retour en Ontario année mois jour		Pays/Province où le traitement a été reçu		Devise utilisée pour le paiement
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été à l'extérieur de l'Ontario pendant une période de plus de 212 jours? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.		
Avez-vous une assurance de voyage/supplémentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de la compagnie d'assurance			Numéro de la police	

Renseignements sur le traitement

Le traitement a-t-il été nécessaire en raison d'un état grave et imprévu qui s'est déclaré à l'extérieur de l'Ontario et qui a exigé un traitement immédiat? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Date du traitement année mois jour		
Raison de la consultation/du diagnostic (<i>nature de la maladie</i>)				Genre de traitement reçu		
Lieu du traitement <input type="checkbox"/> bureau <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> hôpital <input type="checkbox"/> autre (<i>précisez</i>)				Heure du traitement <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.		

Renseignements sur l'hôpital

Nom de l'hôpital			Adresse de l'hôpital			
Date d'admission année mois jour		Date de sortie année mois jour		<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> clinique externe		

Le fait de fournir sciemment de faux renseignements constitue une infraction passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement, ou les deux. Les renseignements donnés dans cette formule sont justes et précis.		Signature du (de la) patient(e)/tuteur(trice) X		Date
--	--	---	--	------

Réservé à l'usage du ministère

Date année mois jour	Si vous avez des questions, veuillez téléphoner au : Bureau	Agent(e)	Téléphone
-------------------------	--	----------	-----------

Voici les bureaux qui traitent les demandes de remboursement en cas de traitement hors de la province ou du pays. Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires, vous pouvez visiter notre site Web : www.gov.on.ca/health

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hamilton | 119, rue King Ouest, 10 ^e étage L8N 4C8
(905) 521-7547 | <input type="checkbox"/> Ottawa | 75, rue Albert K1P 5Y9
(613) 237-9100 |
| <input type="checkbox"/> London | 217, rue York, 5 ^e étage N6A 5P9
(519) 675-6800 | <input type="checkbox"/> Thunder Bay | 435, rue James Sud, bureau 113 P7E 6T1
(807) 475-1353 ou 1 800 465-5067 |
| <input type="checkbox"/> Oshawa | 419, rue King Ouest, Executive Tower, Oshawa Centre L1H 8L4
(905) 576-2870 | <input type="checkbox"/> Toronto | 47, ave. Sheppard Est, M2N 7E7
(416) 314-7540 |