

- Do not submit receipts for prescription drugs as they are not an insured Ontario Health Insurance Plan (OHIP) benefit.
- Complete, sign and return this form with your **original** detailed statement that gives a complete breakdown of all charges to a Ministry of Health and Long-Term Care office. Keep copies for your records.
- If the **original** statement is not in English or French, for accounts:
 - Under \$1000 Canadian, a non-certified translation with a signed statement is acceptable.
 - \$1000 and over, a certified translation is required.
- If the other criteria for payment set out in the *Health Insurance Act* and Regulations are met, the ministry will pay the amount payable under the Act to an eligible hospital or health facility **directly** upon receipt of an itemized invoice and the signed authorization and direction (see below). The ministry will not make payment directly to an out-of-country physician.
- If the other criteria for payment set out in the *Health Insurance Act* and Regulations are met, the ministry will pay the amount payable under the Act to the client **directly** for **hospital** or **physician** charges upon receipt of an itemized invoice and **original proof of payment**.
- Accounts must be submitted within 12 months from date of service. Please allow 6–8 weeks for payment. All payments will be in Canadian funds.

Patient Information

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | | | If yes, provide details. | | |
| Are you covered by any travel/supplementary insurance? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | | If yes, name of insurance company | | Policy Number | |

Treatment Information (Complete this section in full)

Was this treatment required due to a condition which arose outside Ontario, was acute and unexpected, and required immediate treatment?
 Yes No

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 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>) _____ | Treatment Date year month day |
| | Time of Treatment <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M. |

Hospital Information

| | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Hospital Name | Admission Date year month day | Discharge Date year month day |
| Hospital Address | Please Check (✓) One <input type="checkbox"/> inpatient <input type="checkbox"/> outpatient | |

Knowingly providing false information is an offence punishable by fine and/or imprisonment. The information given on this form is true and accurate.

Signature of Patient/Guardian

Date

X

Authorization and Direction (*The ministry will pay the amount payable by OHIP directly to an eligible hospital or health facility upon receipt of an itemized invoice and the signed authorization.*)

I, _____ authorize and direct the Ministry of Health and Long-Term Care to pay the amount of my hospital / health facility bills that are payable by OHIP directly to _____.

Name of Patient (*print*) Name of Hospital/Health facility (*print*)

Signature of Patient/Guardian

Date

X

By submitting this form to the Ministry, you are consenting to the Ministry's use of the information contained in this form for the purpose of assessing, verifying and monitoring eligibility for payment for OHIP insured services and for the proper administration of the *Health Insurance Act* and other Acts/programs administered by the Ministry. 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.

For more information, contact a claims processing office (collect calls accepted) or visit our web site at: www.health.gov.on.ca

London
130 Dufferin Ave., 4th Fl., N6A 5R2
519 873-1303

Ottawa
75 Albert St., 7th Floor, K1P 5Y9
613 237-9100

Thunder Bay
435 James St. S., Suite 113, P7E 6T1
807 475-1353

- N'envoyez pas de reçu pour les médicaments sur ordonnance, car ils ne sont pas couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario.
- Vous devez remplir, signer et envoyer le présent formulaire avec votre déclaration **originale** détaillée donnant une ventilation complète des honoraires à un bureau du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Conservez-en une copie pour vos dossiers.
- 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.
- Si les autres critères de paiement énoncés dans la *Loi sur l'assurance-santé* et les règlements ont été satisfaits, le ministère versera le montant payable en vertu de la Loi directement à l'hôpital ou à l'établissement de santé admissible sur réception d'une facture détaillée et de l'autorisation et de la demande ci-dessous dûment signées. Le ministère ne paiera directement aucune somme à un médecin pratiquant à l'étranger.
- Si les autres critères de paiement énoncés dans la *Loi sur l'assurance-santé* et les règlements ont été satisfaits, le ministère versera le montant payable en vertu de la Loi directement au client ou à la cliente pour les frais d'hospitalisation ou les honoraires de médecin sur réception d'une facture détaillée et d'un **reçu original comme preuve de paiement**.
- Les demandes de remboursement doivent être transmises dans les 12 mois suivant la date de traitement. Veuillez prévoir de six à huit semaines avant de recevoir les paiements. Tous les paiements sont effectués en dollars canadiens.

Renseignements sur le patient ou la patiente

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------|
| 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"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | | | Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails. | | |
| Avez-vous une assurance de voyage/supplémentaire? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | | | Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de la compagnie d'assurance. | | Numéro de la police |

Renseignements sur le traitement (Remplir cette section en entier)

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? Oui Non

Raison de la consultation/du diagnostic (*nature de la maladie*) _____ Genre de traitement reçu _____

Lieu du traitement
 bureau domicile hôpital autre (*précisez*) _____

Date du traitement
année mois jour

Heure du traitement A.M. P.M.

Renseignements sur l'hôpital

Nom de l'hôpital _____

Date d'admission
année mois jour

Date de sortie
année mois jour

Adresse de l'hôpital _____

Veuillez cocher (✓) une case
 hospitalisation 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 ce formulaire sont justes et précis.

Signature du (de la) patient(e)/tuteur(tutrice) _____ X _____

Date _____

Autorisation et demande (Le ministère versera le montant payable par l'Assurance-santé de l'Ontario directement à un hôpital ou un établissement de santé admissible sur réception d'une facture détaillée et de l'autorisation signée.)

Je, _____ autorise le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à verser le montant de mes frais d'hospitalisation ou de séjour dans un établissement de santé payable par l'Assurance-santé de l'Ontario directement à

Nom de l'hôpital ou de l'établissement de santé (*en lettres moulées*) _____ et lui demande d'effectuer le paiement.

Signature du (de la) patient(e)/tuteur(tutrice) _____ X _____

Date _____

En présentant ce formulaire, vous permettez au ministère d'utiliser les renseignements qu'il contient pour évaluer et vérifier les services couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario, pour déterminer leur admissibilité au paiement et pour assurer l'application adéquate de la Loi sur l'assurance-santé ainsi que d'autres lois et programmes dont le ministère est chargé. 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 du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de votre localité.

Pour obtenir plus de renseignements, communiquez avec l'un des bureaux chargés du traitement des demandes de remboursement (Nous acceptons les appels à frais virés) ou consultez notre site Web à l'adresse : www.health.gov.on.ca

London
130, av Dufferin, 4^e étage N6A 5R2
519 873-1303

Ottawa
75, rue Albert, 7^e étage K1P 5Y9
613 237-9100

Thunder Bay
435, rue James S., Bureau 113
P7E 6T1 807 475-1353