



To help us proceed with your patient's claim rapidly, please complete this slip.
Pour nous aider à servir rapidement votre patient, veuillez compléter ce coupon.

1 • Your working or positive diagnosis of the illness or injury.

Votre orientation diagnostique ou votre diagnostic formel de la maladie / blessure.

2 • Date of your patient's first consultation for this illness or injury.

Date de la première consultation de votre patient(e) concernant cette maladie / blessure.

Day Month Year
Jour Mois Année

• Patient's name :
• Nom de votre patient(e) : _____

• Patient's first name :
• Prénom de votre patient(e) : _____

• Physician's name :
• Nom du médecin : _____

• Physician's phone number :
• Téléphone du médecin : _____

• Physician's fax number :
• Fax du médecin : _____

• Day Month Year
• Jour Mois Année

• Physician's signature and stamp
• Signature et tampon du médecin