



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