Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Request for Laboratory Requisitions / Claim Cards

Formulaire de demande d'analyse en laboratoire / Fiches de demande

Shipping Address/Adresse d'expédition

Laboratory Requisitions / Claim cards will be sent to the **Shipping Address** unless an **Alternate Address** is supplied.

Si aucune **autre adresse** n'est précisée, les demandes d'analyse en laboratoire et les fiches de demande sont envoyées à l'**adresse d'expédition** indiquée ci-dessus.

Alternate Shipping Address/Autre adresse

Provider Billing Number/Nº de facturation du fournisseur	Provider Name/Nom du fournisseur
Address/Adresse	
	Postal Code/Code postale
Name of Authorized Person/Nom de la personne autorisée	Signature

1

Please check (√) ***which*** forms and ***quantity*** of forms you would like sent to the above address.
Veuillez cocher (√) le **titre** des formulaires et la **quantité** que vous souhaitez recevoir à l'adresse ci-dessus.

☐ Health Claim / Demande de réglement

☐ 500 ☐ 1000 ☐ other *(specify)* autre *(préciser)* _____

☐ Reciprocal Claim / Demande de règlement hors province

☐ 500 ☐ 1000 ☐ other *(specify)* autre *(préciser)* _____

☐ Laboratory Requisition / Demande d'analyse en laboratoire

☐ 500 ☐ 1000 ☐ other *(specify)* autre *(préciser)* _____

2

Please check (√) if you want the cards printed with your **Provider Billing Number** .
Veuillez cocher (√) si vous souhaitez que les fiches portent le **Nº de facturation du fournisseur**.

☐ Yes / Oui ☐ No / Non

3

In the event that we need to contact you, please provide name of contact person and telephone number.
Veuillez nous fournir le nom de la personne-ressource et son numéro de téléphone au cas où nous devrions vous joindre.

Name of Contact Person
Nom de la personne-ressource _____

Telephone Number
Numéro de téléphone ( ) | | | |

©Queen's Printer for Ontario, 2006 ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2006