



**CANADIAN FORCES HEALTH SERVICES
PRE-AUTHORIZATION FOR OFF-SITE
HEALTH CARE SERVICES
PRÉAUTORISATION POUR LES SERVICES DE SANTÉ
OBTENUS À L'EXTÉRIEUR DES FORCES CANADIENNES**

MEMBER DETAILS		RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE	
Last Name / Nom de famille		First Name / Prénom	Initial/Initiale
Service Number / Numéro de matricule		Health Care Number / Numéro de soins de santé	
Rank / Grade	DOB / DDN	CF Unit or Department ID / Unité des FC ou ID du ministère	
Telephone Number / Numéro de téléphone			
I authorize and request all information concerning my present health or injury be provided to my CF Health Care Coordinator / Dental Detachment Commander			
J'autorise la divulgation de tout renseignement au sujet de ma santé ou de blessures que j'ai subies à mon coordonnateur des soins de santé des FC / commandant du détachement dentaire.			
_____ Member's Signature / Signature du membre			Date
PROVIDER DETAILS		RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR	
Name / Nom		Provider No / N° du fournisseur	
Address / Adresse			
City / Ville			
Province	Postal Code / Code postal	Telephone / N° de téléphone	
AUTHORIZATION		AUTORISATION	
The person named above is referred to you to provide health services as described below, or as in the attached prescription on referral documentation dated on:			Date
La personne susmentionnée est dirigée à votre bureau pour recevoir des services de santé, comme il est décrit dans la documentation ou sur l'ordonnance ci-jointe et datée du :			
COMMENTS / COMMENTAIRES			
Pre-authorization Number (if applicable) / Numéro pré-autorisation (s'il y a lieu)			
This authorization must accompany your invoice to Blue Cross / Cette autorisation doit accompagner votre facture à la Croix Blue. PAYMENT CANNOT BE PROCESSED WITHOUT THIS AUTHORIZATION ATTACHED LE PAIEMENT NE PEUT ÊTRE TRAITÉ SANS LA PRÉSENTE AUTORISATION			
Name of Approving Authority Nom de l'autorité approbatrice	Signature of Approving Authority / Signature de l'autorité approbatrice	Date	Telephone Number / Numéro de téléphone
		—	
Authorizing Organization / Organisme approuvateur	Address / Adresse		