

**PHARMACEUTICAL SERVICES CLAIM FORM
DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR PRODUITS PHARMACEUTIQUES**

PRIOR APPROVAL
APPROBATION
PRÉALABLE

POST APPROVAL
APPROBATION
POSTÉRIEURE

PROTECTED "B" (WHEN COMPLETED) - PROTÉGÉ « B » (UNE FOIS REMPLI)

1. CLIENT INFORMATION . INFORMATION DU CLIENT

Name - Nom _____
 Client ID Number _____ Date of Birth _____
 Numéro d'ID du client _____ Date de naissance _____
Day - Jour Month - Mois Year - Année

2. PROVIDER INFORMATION . INFORMATION DU FOURNISSEUR

Name - Nom _____ Provider Number - Numéro du fournisseur _____
 Address - Adresse _____
 City - Ville _____ Province _____ Postal Code - Code postal _____
 Telephone Number - Numéro de téléphone _____ Fax Number - Numéro de télécopieur _____

3. CLAIM INFORMATION . RENSEIGNEMENTS

Date of Service Date de service			Rx No. No. Rx	DIN No. No. DIN	Quantity Quantité	Days Supply No. de journée	*UC *CNL (0-9)	**PS **PC (1-4)	Ingredient Cost Coût de l'ingrédient	Cost Upcharge Majoration	Professional Fee Honoraire professionnel	Total Cost Coût total
D - J	M - M	Y - A										

* UC - Unlisted Compound ** Product Selection (Substitution)
 CNL - Composé non listé Produit choisi (substitution)

4. CERTIFICATION . DÉCLARATION

I hereby certify that the above services have been rendered, that the claim was made in accordance with the terms and conditions of the IFHP and that any information relating to these services as well as copies and supporting documentation of this information, may be obtained by Medavie Blue Cross.

J'atteste par la présente que les services ci-dessus ont été rendus, que la demande de règlement est conforme aux modalités du PFSI et que les renseignements relatifs à ces services ainsi que les photocopies et la documentation associées à ces derniers peuvent être obtenus par Croix Bleue Medavie.

Provider's Original Signature/Stamp _____ Date _____
 Signature originale/tampon du fournisseur _____

I certify that the information above is accurate and the services described above have been received.

J'atteste par la présente que l'information ci-dessus est exacte et que les services décrits ci-haut ont été reçus.

Client's Signature - Signature du client _____ Date _____

The purpose for the collection of personal information by Medavie Blue Cross will be solely for the administration of IFHP services and benefits. Medavie Blue Cross will comply with the requirements of the Personal Information Protection and Electronic Documents Act and the Privacy Act when collecting, using and disclosing personal information. Personal information will not be disclosed to third parties except as authorized by law.

La collecte de renseignements personnels par Croix Bleue Medavie servira uniquement à l'administration des services et produits assurés aux termes du PFSI. Croix Bleue Medavie se conformera aux exigences de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques et de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels. Les renseignements personnels ne seront pas divulgués à de tierces parties à moins qu'il en soit autorisé par la loi.

**IMPORTANT: This claim form must be completed in full or the claim may be rejected. A copy of this form must be kept on file for audit purposes.
 IMPORTANT : Ce formulaire doit être dûment rempli, sinon la demande pourrait être rejetée. Une copie de celle-ci doit être versée au dossier aux fins de vérification.**

MAIL TO - POSTER À
 Interim Federal Health Program - Programme fédéral de santé intérimaire
 Medavie Blue Cross - Croix Bleue Medavie
 644, rue Main Street PO Box - CP 6000 Moncton NB E1C 0P9
 Toll-free Number - Numéro sans frais : 1-888-614-1880