MEDAVIE BLUE CROSS™ CROIX BLEUE MEDAVIE

INTERIM FEDERAL HEALTH PROGRAM
PROGRAMME FÉDÉRAL DE SANTÉ INTÉRIMAIRE

❑ **DENTAL PRE-DETERMINATION - FORMULAIRE DE PRÉ-DÉTERMINATION**

❑ **DENTAL SERVICES CLAIM FORM - DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES**

☐ 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
Numéro d'ID du client | | | | | | | | |

Date of Birth
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 D - J / M - M / Y - A	Tooth Number Numéro de la dent	Procedure Code Code de procédure	Tooth Surface Surface de la dent	Dentist Fee Honoraires du dentiste	Laboratory Fee Honoraires de laboratoire	Total Fee Honoraires totaux
			TOTALS - TOTAUX :			

In order to consider your request, the following information is required:
Afin d'examiner votre demande, nous avons besoin l'information suivante :

- A brief description of the condition of the patient's teeth and mouth with appropriate radiographs (bitewings, periapicals and/or panorex).
  Une brève description de l'état des dents et de la bouche du patient avec les radiographies (interproximales, périapicales ou panoramiques).

_____

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
Signature originale/tampon du fournisseur _____ Date _____

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.

Immigration, Refugees and Citizenship Canada
Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

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

CIC-003 09/14