

**TYPE 2 COVERAGE REQUEST FOR PREGNANT WOMEN WITH IFH COVERAGE - TYPE 3 or 4
PFSI TYPE 2 DEMANDE DE COUVERTURE POUR LES FEMMES ENCEINTES AVEC COUVERTURE DE TYPE 3 OU 4**

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

CLIENT INFORMATION		INFORMATION DU CLIENT	
Name - Nom _____		Date of Birth / Date de naissance _____	
Client ID Number / Numéro d'ID du client	<input type="text"/>	Day - Jour	Month - Mois / Year - Année
Client's current IFHP coverage / Couverture actuelle du PFSI du client <input type="checkbox"/> IFHP/PFSI Type 3 <input type="checkbox"/> IFHP/PFSI Type 4			
PROVIDER INFORMATION		INFORMATION DU FOURNISSEUR	
Specialty (if applicable) - Spécialité (s'il y a lieu) _____		Provider Number - Numéro du fournisseur _____	
Name - Nom _____		Address - Adresse _____	
City - Ville _____	Province _____	Postal Code - Code postal _____	
Telephone Number - Numéro de téléphone _____		Fax Number - Numéro de télécopieur _____	
MEDICAL INFORMATION		RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX	
ICD 9, ICD 10 Code, or Medical Diagnosis - Code CIM 9, CIM 10, ou Diagnostic médical _____ _____			
OR USE CHECK BOX BELOW / OU COCHEZ LA CASE CI-DESSOUS			
<input type="checkbox"/> Z32.1 Pregnancy confirmed - Grossesse confirmée	Expected due date - date d'accouchement prévue _____ Day - Jour / Month - Mois / Year - Année		
CERTIFICATION		DÉCLARATION	
I hereby certify that the above statement is true. - J'atteste par la présente que la déclaration est vraie.			
Provider's Original Signature/Stamp / Signature originale/tampon du fournisseur _____		Date _____	
Client's Signature - Signature du client _____		Date _____	
<p>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.</p> <p>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.</p>			

IMPORTANT: Health care providers must confirm their client's current IFHP eligibility is IFH type 3 or type 4 online at <https://provider.medavie.bluecross.ca>. The coverage can also be verified at the following toll free number: 1-888-614-1880. Call Centre representatives can be reached from 8:30 a.m. to 4:30 p.m. (in each Canadian time zone), Monday to Friday. This form must be completed in full to avoid delays. Claims can be submitted using the standard Medical/General Services Claim Form available at <https://provider.medavie.bluecross.ca>.

IMPORTANT: Les fournisseurs doivent vérifier en ligne à <https://fournisseur.medavie.croixbleue.ca> l'admissibilité du client est PFSI de Type 3 ou PFSI de Type 4. La couverture peut être vérifiée en composant le numéro sans frais suivant : 1-888-614-1880. Nos représentants du centre d'information peuvent répondre à vos questions du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 (dans chacun des fuseaux horaires canadiens). Ce formulaire doit être dûment rempli sinon la réponse à votre demande pourrait être retardée. Pour demander le remboursement des services, utilisez le formulaire standard Demande de règlement pour services médicaux et généraux disponible à <https://fournisseur.medavie.croixbleue.ca>.