MEDAVIE BLUE CROSS™ CROIX BLEUE MEDAVIE MC

Canada

Hospital Services - Services hospitaliers
(Outpatient Services - Services de consultation externes)
Program - Programme 05

Protected "B" (when completed)
Protégé « B » (une fois rempli)

☐ Claim Resubmission (please check) - Nouvelle présentation d'une demande (veuillez cocher)

Provider Information - Renseignements sur le fournisseur

Name - Nom _____

Address - Adresse _____

City - Ville _____ Province _____

Postal Code - Code postal _____

Provider No. - N° du fournisseur _____

Type - Genre ☐ **HOSP** ☐ **INDI**

GST No. - N° de TPS _____

PST No. - N° de TVP _____

Telephone - N° de téléphone _____

Client/Member of (check applicable department) - Client/Membre de (cochez le ministère pertinent.) ☐ VAC - ACC ☐ CAF - FAC ☐ RCMP -GRC

Claim Information - Renseignements

Authorization No. N° d'autorisation	Date of Service - Date de service D - J M - M Y - A	Benefit Code Code d'avantage	Description	P *	Amount Covered by Prov/Terr or private insurance - Montant couvert par la prov./le terr. ou par l'assurance privée	Bill to Health Benefits Program - Facturé au programme d'avantages de soins de santé
					TOTALS - TOTAUX :	

* P - Prescriber (ie: MD) - Auteur de la prescription (p.ex., M)

Client/Member - Client/Membre

Name - Nom _____

Telephone - N° de téléphone _____ Date of Birth - Date de naissance D-J M-M Y-A

Medavie Blue Cross Identification Number - Numéro d'identification Croix Bleue Medavie _____

Address - Adresse _____

City - Ville _____ Province _____ Postal Code - Code postal _____

RCMP Unit / Detachment - Unité / Détachement de la GRC _____ Division _____

Collator - Interclassement _____

Certification - Déclaration

I hereby certify that the above benefits have been rendered and that any information relating to these benefits, as well as copies and supporting documentation of this information, may be obtained by Medavie Blue Cross on behalf of VAC, CAF or RCMP. I agree to return the required health information to the appropriate address. I will keep all records and information relating to any claim in accordance with the laws of my province of business and Canada Revenue Agency requirements for taxation purposes.

J'atteste par la présente que les avantages ci-dessus ont été rendus et que les renseignements relatifs à ces avantages ainsi que les photocopies et la documentation associées à l'information peuvent être obtenus par Croix Bleue, au nom d'ACC, des FAC ou de la GRC. J'accepte de retourner les renseignements sur la santé requis à l'adresse appropriée. Je conserverai tous les dossiers et les renseignements relatifs aux demandes de règlement conformément aux lois de la province où je travaille et aux exigences de l'Agence du Revenu aux fins d'impôt.

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

_____ Date

Information

Sign up for ePAY (electronic claims submission) at www.medavie.bluecross.ca/healthprofessionals
Inscrivez-vous au service électroPaie (soumission électronique des demandes de règlement) au www.medavie.croixbleue.ca/professionnelsdelasanté

Please submit original copy to Medavie Blue Cross and retain a copy for your records.
Veuillez faire parvenir la copie originale à Croix Bleue Medavie et verser une copie à vos dossiers.
Medavie Blue Cross - Croix Bleue Medavie - 644, rue Main Street, PO Box - C.P. 220 - Moncton NB E1C 8L3

FAP-004E 04/15 ™ The Blue Cross symbol and name are registered trademarks of the Canadian Association of Blue Cross Plans, used under licence by Medavie Blue Cross, an independent licensee of the Canadian Association of Blue Cross Plans.
MC Le symbole et le nom Croix Bleue sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisées sous autorisation avec permis de Croix Bleue Medavie, un titulaire de licence de l'Association canadienne des Croix Bleue.

Veterans Affairs Canada Anciens Combattants Canada

National Defence Défense nationale

Royal Canadian Mounted Police Gendarmerie royale du Canada