

Name of patient/Nom du patient	N.B. Medicare Number/ N° d'Assurance-maladie du N.-B.	Telephone N°/ N° de téléphone (H/D) (W/T)	Date of Birth/ Date de naissance D/J M Y/A
Beneficiary (i.e. parent, spouse, guardian)/ Bénéficiaire (p.ex. : parent, conjoint, tuteur)	Date of service/ Date du service D/J M Y/A	Location of service/ Lieu du service <input type="checkbox"/> Inpatient/ Hospitalisation <input type="checkbox"/> Office/Bureau	<input type="checkbox"/> Outpatient Department Services ambulatoires <input type="checkbox"/> Other/Autre _____
Permanent address of patient/ Adresse permanente du patient	Name and address of service provider, if applicable/ Nom et adresse du dispensateur de service, s'il y a lieu		

For medical services received out-of-province, please provide / Pour services médicaux reçus à l'extérieur de la province, veuillez nous fournir :

Date of leaving New Brunswick/  
Date du départ du N.-B.

D/J	M	Y/A

Date of return or expected date of return to  
New Brunswick/Date de retour ou date  
prévue de retour au N.-B.

D/J	M	Y/A

**REASON FOR ABSENCE FROM NEW BRUNSWICK/  
RAISON DE L'ABSENCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK**

Moved: date of arrival at new residence/  
Déménagement : date d'arrivée à votre  
nouveau domicile

D/J	M	Y/A

Business/Voyage d'affaires

Vacation or Visit/Vacances ou visite

Student: Name of Institution/  
Étudiant : Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

To receive medical services –  
Name of New Brunswick referring physician:/  
Pour obtenir des services médicaux –  
Nom du médecin du N.-B. qui a aïquillé :  
\_\_\_\_\_

Other/Autre \_\_\_\_\_

I hereby apply for payment in respect of the cost of out-of-province medical and/or hospital services on behalf of myself or the above named patient and certify that the information which I have given is true and correct.

Je demande par les présentes le paiement des services médicaux et/ou hospitaliers reçus à l'extérieur de la province par moi-même ou par le patient précité. Je certifie que les renseignements que j'ai donnés sont véridiques et exacts.

**MAIL TO: New Brunswick Medicare**  
P.O. Box 5100  
Fredericton, N.B.  
E3B 5G8  
Telephone: 1-888-762-8600 toll free in N.B.  
(506) 684-7901 outside N.B.

**ENVOYER À : Assurance-maladie du N.-B.**  
C.P. 5100  
Fredericton (N.-B.)  
E3B 5G8  
Téléphone : 1 888 762-8600 sans frais à l'intérieur du N.-B.  
(506) 684-7901 à l'extérieur de la province

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## **Demande de remboursement – Assurance-maladie**

- Veuillez imprimer, remplir et retourner ce formulaire à :

Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick  
Ministère de la Santé et du Mieux-être  
Case postale 5100  
Fredericton (Nouveau-Brunswick)  
E3B 4G8

Ou visitez le bureau de Services Nouveau-Brunswick le plus près de chez vous.

- Si vous avez besoin d'aide ou si vous avez des questions au sujet de ce formulaire, n'hésitez pas à communiquer avec TéléServices de Services Nouveau-Brunswick au numéro sans frais 1 888 762-8600.
- Les factures ou les reçus **originaux** doivent accompagner la demande.
- Si les factures ou les reçus ne sont pas dans l'une des langues officielles (anglais ou français), une traduction doit être fournie.
- Veuillez prévoir de quatre à six semaines pour le traitement de votre demande.