

Sample NIHB Pharmacy Claim Form



Health Canada Santé Canada

RESUBMISSION
RE-SOUMISSION

PHARMACY CLAIM FORM
NON-INSURED HEALTH BENEFITS
FOR ELIGIBLE FIRST NATIONS AND INUIT

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PAIEMENT DE LA PHARMACIE
SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS
POUR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS ADMISSIBLES

CLIENT INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

SURNAME / NOM DE FAMILLE

GIVEN NAMES / PRÉNOMS

DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE
 dd/mm/yy jj/mm/aa

FILL IN THIS SECTION
REMPLEZ CETTE PARTIE

OR / OU

THESE TWO SECTIONS
CES DEUX PARTIES

CLIENT IDENTIFICATION NO. / N° D'IDENTIFICATION DU CLIENT

BAND NO. / N° DE BANDE FAMILY NO. / N° DE FAMILLE

CLAIM INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE

1.	DATE OF SERVICE / DATE DU SERVICE	DIN/ITEM CODE / NIM/CODE DE L'ARTICLE	PRESCRIPTION NO. / N° DE L'ORDONNANCE	QUANTITY / QUANTITÉ
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DRUG/ITEM COST / COUT DU MEDICAMENT OU DE L'ARTICLE	DISPENSING FEE / COUT DE PREPARATION	MARK UP / MAJORATION	THIRD PARTY SHARE / PART DU TIERS
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	AMOUNT CLAIMED / MONTANT RECLAME	DAYS SUPPLY / JOURS APPROV.		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2.	DATE OF SERVICE / DATE DU SERVICE	DIN/ITEM CODE / NIM/CODE DE L'ARTICLE	PRESCRIPTION NO. / N° DE L'ORDONNANCE	QUANTITY / QUANTITÉ
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DRUG/ITEM COST / COUT DU MEDICAMENT OU DE L'ARTICLE	DISPENSING FEE / COUT DE PREPARATION	MARK UP / MAJORATION	THIRD PARTY SHARE / PART DU TIERS
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	AMOUNT CLAIMED / MONTANT RECLAME	DAYS SUPPLY / JOURS APPROV.		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
3.	DATE OF SERVICE / DATE DU SERVICE	DIN/ITEM CODE / NIM/CODE DE L'ARTICLE	PRESCRIPTION NO. / N° DE L'ORDONNANCE	QUANTITY / QUANTITÉ
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DRUG/ITEM COST / COUT DU MEDICAMENT OU DE L'ARTICLE	DISPENSING FEE / COUT DE PREPARATION	MARK UP / MAJORATION	THIRD PARTY SHARE / PART DU TIERS
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	AMOUNT CLAIMED / MONTANT RECLAME	DAYS SUPPLY / JOURS APPROV.		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Total ▶

PRESCRIBER / PRESCRIPTEUR

1.

2.

3.

PRIOR APPROVAL NO. / N° D'AUTORISATION PREALABLE

PHARMACY NAME AND ADDRESS / NOM ET ADRESSE DE LA PHARMACIE

PHARMACY NUMBER / NUMÉRO DE LA PHARMACIE

IF CLIENT IS UNDER ONE YEAR OF AGE AND NOT REGISTERED, PLEASE PROVIDE PARENT'S INFORMATION.
 SI LE CLIENT A MOINS D'UN AN ET N'EST PAS INSCRIT, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUR UN DES PARENTS.

SURNAME / NOM DE FAMILLE

GIVEN NAMES / PRÉNOMS

DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE

FILL IN THIS SECTION
REMPLEZ CETTE PARTIE

OR / OU

THESE TWO SECTIONS
CES DEUX PARTIES

CLIENT IDENTIFICATION NO. / N° D'IDENTIFICATION DU CLIENT

BAND NO. / N° DE BANDE FAMILY NO. / N° DE FAMILLE

NIHBNIPH1P (12/03)

PART 1 FIRST CANADIAN HEALTH
 NIHB CLAIMS DEPT.
 5770 HURONTARIO ST., 10TH FLOOR
 MISSISSAUGA, ON L5R 3G5

COPIE 1 FIRST CANADIAN HEALTH
 DEPT DES DEMANDES DE PAIEMENT DES SSNA
 5770, RUE HURONTARIO, ÉTAGE 10
 MISSISSAUGA, ON L5R 3G5

PART / COPIE 2 PROVIDER COPY (PLEASE RETAIN FOR YOUR FILE)
 EXEMPLAIRE DU FOURNISSEUR (À CONSERVER DANS VOS DOSSIERS)