

# Sample - NIHB MS&E Claim Form



**MEDICAL SUPPLIES AND EQUIPMENT CLAIM FORM**  
**NON-INSURED HEALTH BENEFITS FOR ELIGIBLE FIRST NATIONS AND INUIT**

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE PAIEMENT POUR ÉQUIPEMENT MÉDICAL ET FOURNITURES MÉDICALES**  
**SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS POUR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS ADMISSIBLES**

RESUBMISSION  
RE-SOUMISSION

The Asterisk (\*) Identifies Mandatory Fields / Vous devez remplir obligatoirement les champs marqués d'un astérisque (\*).

## CLIENT INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

*SURNAME / NOM DE FAMILLE		*GIVEN NAMES / PRÉNOMS		FILL IN THIS SECTION REMPLEZ CETTE PARTIE <b>OR / OU</b>	*CLIENT IDENTIFICATION NO. / N° D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE	
*ADDRESS / ADRESSE		*APT / APP.			*BAND NO. / N° DE BANDE *FAMILY NO. / N° DE FAMILLE	
*CITY / VILLE	*PROV.	*POSTAL CODE / CODE POSTAL	*DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE		*TWO FIELDS ABOVE DO NOT APPLY TO INUIT CLIENTS *LES DEUX CHAMPS CI-DESSUS NE S'APPLIQUENT PAS AUX BÉNÉFICIAIRES INUITS	
			dd/mm/yy	jj/mm/aa		CLIENT SIGNATURE / SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE

## CLAIM INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE

1.	2.	3.
*DATE OF SERVICE / DATE DU SERVICE dd/mm/yy	*DATE OF SERVICE / DATE DU SERVICE dd/mm/yy	*DATE OF SERVICE / DATE DU SERVICE dd/mm/yy
*DIN/ITEM CODE / NIM / CODE DE L'ARTICLE	*DIN/ITEM CODE / NIM / CODE DE L'ARTICLE	*DIN/ITEM CODE / NIM / CODE DE L'ARTICLE
*PRESCRIPTION NO. / N° DE L'ORDONNANCE	*PRESCRIPTION NO. / N° DE L'ORDONNANCE	*PRESCRIPTION NO. / N° DE L'ORDONNANCE
*QUANTITY / QUANTITÉ	*ITEM COST / COUT DE L'ARTICLE	*ITEM COST / COUT DE L'ARTICLE
DISPENSING FEE / COUT DE PREPARATION	DISPENSING FEE / COUT DE PREPARATION	DISPENSING FEE / COUT DE PREPARATION
MARK UP / MAJORATION	MARK UP / MAJORATION	MARK UP / MAJORATION
*THIRD PARTY SHARE / PART DU TIERS	*THIRD PARTY SHARE / PART DU TIERS	*THIRD PARTY SHARE / PART DU TIERS
*AMOUNT CLAIMED / MONTANT RECLAME	*AMOUNT CLAIMED / MONTANT RECLAME	*AMOUNT CLAIMED / MONTANT RECLAME

\*DATE OF DISPENSE MUST BE AFTER THE PRIOR APPROVAL DATE OR BETWEEN THE START AND END DATE OF THE PRIOR APPROVAL.  
 LA DATE DU SERVICE DOIT ÊTRE ULTÉRIEURE À LA DATE DE L'AUTORISATION PRÉALABLE OU ENTRE LA DATE DU DÉBUT ET LA DATE DE LA FIN DE L'AUTORISATION PRÉALABLE.

Total ▶

*PRESCRIBER / PRESCRIPTEUR	*LICENSE OR PROVINCIAL/TERRITORIAL BILLING NUMBER *NUMERO DE PERMIS OU DE FACTURATION PROVINCIALE/TERRITORIALE	*PRIOR APPROVAL NO. (IF ITEM REQUIRES A PRIOR APPROVAL) *N° D'AUTORISATION PRÉALABLE (SI L'ARTICLE NÉCESSITE UNE AUTORISATION PRÉALABLE)
1.		
2.		
3.		

*PROVIDER/SUPPLIER NAME AND ADDRESS / NOM ET ADRESSE DU FOURNISSEUR	*PROVIDER/SUPPLIER NUMBER NUMÉRO DU FOURNISSEUR

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

SURNAME / NOM DE FAMILLE	FILL IN THIS SECTION REMPLEZ CETTE PARTIE <b>OR / OU</b>	CLIENT IDENTIFICATION NO. / N° D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE	
GIVEN NAMES / PRÉNOMS		*BAND NO. / N° DE BANDE *FAMILY NO. / N° DE FAMILLE	
*DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE	*TWO FIELDS ABOVE DO NOT APPLY TO INUIT CLIENTS *LES DEUX CHAMPS CI-DESSUS NE S'APPLIQUENT PAS AUX BÉNÉFICIAIRES INUITS		
dd/mm/yy	jj/mm/aa		

NIHBMS (02/04)

**PART 1 FIRST CANADIAN HEALTH**  
 NIHB CLAIMS DEPT.  
 3080 YONGE STREET, STE. 3002  
 TORONTO, ON M4N 3N1

**COPIE 1 FIRST CANADIAN HEALTH**  
 DEPT DES DEMANDES DE PAIEMENT DES SSNA  
 3080, RUE YONGE, PIÈCE 3002  
 TORONTO, ON M4N 3N1

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