

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 _____

Application for Reimbursement – Medicare

- Please print, complete and return this form to:

New Brunswick Medicare
Department of Health and Wellness
P.O. Box 5100
Fredericton, N.B.
E3B 5G8

Or visit your nearest Service New Brunswick office.

- If you require assistance or have questions with respect to this form, please feel free to contact Service New Brunswick's TeleService toll free line at 1-888-762-8600.
- Please attach your **original itemized** claims or receipts.
- If your bills or receipts are not in one of the official languages (English or French), a translation must be provided.
- Please allow four to six weeks for processing your claims.