



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

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PAIEMENT POUR ÉQUIPEMENT MÉDICAL ET FOURNITURES MÉDICALES
PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA)
POUR LES MEMBRES ADMISSIBLES DES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS

The Asterisk (*) Identifies Mandatory Fields / Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

CLIENT INFORMATION/ RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

*SURNAME/*NOM DE FAMILLE
[]

*GIVEN NAME/*PRÉNOM
[]

*DATE OF BIRTH (YYYY-MM-DD)/*DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)
[]

*STREET ADDRESS/*ADRESSE
[]

*CITY/*VILLE [] *PROVINCE/*PROVINCE [] *POSTAL CODE/*CODE POSTAL []

TELEPHONE (Home)/TÉLÉPHONE (Domicile) [] TELEPHONE (Work)/TÉLÉPHONE (Travail) []

*COMPLETE THIS SECTION BY FILLING IN THE CLIENT IDENTIFICATION NUMBER OR THE BAND NUMBER AND FAMILY NUMBER/*VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION ET INSCRIRE LE NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE OU LE NUMÉRO DE BANDE ET LE NUMÉRO DE FAMILLE

CLIENT IDENTIFICATION NUMBER/ NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE
[]

BAND NUMBER/ NUMÉRO DE BANDE [] FAMILY NUMBER/ NUMÉRO DE FAMILLE []

BAND NUMBER and FAMILY NUMBER do not apply to Inuit Clients/ Les NUMÉROS DE BANDE et les NUMÉROS DE FAMILLE ne s'appliquent pas aux bénéficiaires inuits
APT/APP. []

SIGNATURE OF CLIENT (PARENT/ GUARDIAN) / SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE (PARENT OU TUTEUR)

CLAIM INFORMATION/ RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE PAIEMENT

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

1. *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR []	*PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *NO RÉF. DU PRESCRIPTEUR []	PRIOR APPROVAL NO./ NO D'AUT. PRÉALABLE []	*DATE OF SERVICE (YYYY-MM-DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) []	*DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE []
*QUANTITY/ *QUANTITÉ []	*ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE []	MARK UP/ MAJORATION []	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME []	DAYS SUPPLY/ JRS APPROV. []
*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ []				

2. *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR []	*PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *NO RÉF. DU PRESCRIPTEUR []	PRIOR APPROVAL NO./ NO D'AUT. PRÉALABLE []	*DATE OF SERVICE (YYYY-MM-DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) []	*DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE []
*QUANTITY/ *QUANTITÉ []	*ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE []	MARK UP/ MAJORATION []	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME []	DAYS SUPPLY/ JRS APPROV. []
*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ []				

3. *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR []	*PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *NO RÉF. DU PRESCRIPTEUR []	PRIOR APPROVAL NO./ NO D'AUT. PRÉALABLE []	*DATE OF SERVICE (YYYY-MM-DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) []	*DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE []
*QUANTITY/ *QUANTITÉ []	*ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE []	MARK UP/ MAJORATION []	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME []	DAYS SUPPLY/ JRS APPROV. []
*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ []				

4. *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR []	*PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *NO RÉF. DU PRESCRIPTEUR []	PRIOR APPROVAL NO./ NO D'AUT. PRÉALABLE []	*DATE OF SERVICE (YYYY-MM-DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) []	*DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE []
*QUANTITY/ *QUANTITÉ []	*ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE []	MARK UP/ MAJORATION []	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME []	DAYS SUPPLY/ JRS APPROV. []
*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ []				

5. *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR []	*PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *NO RÉF. DU PRESCRIPTEUR []	PRIOR APPROVAL NO./ NO D'AUT. PRÉALABLE []	*DATE OF SERVICE (YYYY-MM-DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) []	*DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE []
*QUANTITY/ *QUANTITÉ []	*ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE []	MARK UP/ MAJORATION []	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME []	DAYS SUPPLY/ JRS APPROV. []
*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ []				

6.	*PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR	*PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *NO RÉF. DU PRESCRIPTEUR	PRIOR APPROVAL NO./ NO D'AUT. PRÉALABLE	*DATE OF SERVICE (YYYY-MM-DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ)	*DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE	
	*QUANTITY/ *QUANTITÉ	*ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE	MARK UP/ MAJORATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME	DAYS SUPPLY/ JRS APPROV.	*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ
7.	*PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR	*PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *NO RÉF. DU PRESCRIPTEUR	PRIOR APPROVAL NO./ NO D'AUT. PRÉALABLE	*DATE OF SERVICE (YYYY-MM-DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ)	*DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE	
	*QUANTITY/ *QUANTITÉ	*ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE	MARK UP/ MAJORATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME	DAYS SUPPLY/ JRS APPROV.	*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ
8.	*PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR	*PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *NO RÉF. DU PRESCRIPTEUR	PRIOR APPROVAL NO./ NO D'AUT. PRÉALABLE	*DATE OF SERVICE (YYYY-MM-DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ)	*DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE	
	*QUANTITY/ *QUANTITÉ	*ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE	MARK UP/ MAJORATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME	DAYS SUPPLY/ JRS APPROV.	*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ
9.	*PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR	*PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *NO RÉF. DU PRESCRIPTEUR	PRIOR APPROVAL NO./ NO D'AUT. PRÉALABLE	*DATE OF SERVICE (YYYY-MM-DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ)	*DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE	
	*QUANTITY/ *QUANTITÉ	*ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE	MARK UP/ MAJORATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME	DAYS SUPPLY/ JRS APPROV.	*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ
10.	*PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR	*PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *NO RÉF. DU PRESCRIPTEUR	PRIOR APPROVAL NO./ NO D'AUT. PRÉALABLE	*DATE OF SERVICE (YYYY-MM-DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ)	*DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE	
	*QUANTITY/ *QUANTITÉ	*ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE	MARK UP/ MAJORATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME	DAYS SUPPLY/ JRS APPROV.	*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ

Total ▶

*EFFECTIVE DATE OF THE PRIOR APPROVAL MUST INCLUDE THE DATE OF SERVICE (PRIOR APPROVALS ARE VALID FOR ONE YEAR).
*LA DATE DE PRESTATION DU SERVICE DOIT ÊTRE POSTÉRIEURE À LA DATE D'AUTORISATION PRÉALABLE (LES AUTORISATIONS PRÉALABLES SONT VALIDES POUR UNE PÉRIODE D'UN AN).

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

*SURNAME/*NOM DE FAMILLE	*COMPLETE THIS SECTION BY FILLING IN THE CLIENT IDENTIFICATION NUMBER OR THE BAND NUMBER AND FAMILY NUMBER/*VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION ET INSCRIRE LE NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE OU LE NUMÉRO DE BANDE ET LE NUMÉRO DE FAMILLE	
<input type="text"/>	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER/NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE	
*GIVEN NAME/*PRÉNOM	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	BAND NUMBER/ NUMÉRO DE BANDE	FAMILY NUMBER/ NUMÉRO DE FAMILLE
*DATE OF BIRTH (YYYY-MM-DD)/ *DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	BAND NUMBER and FAMILY NUMBER do not apply to Inuit Clients/ Les NUMÉROS DE BANDE et les NUMÉROS DE FAMILLE ne s'appliquent pas aux bénéficiaires inuits	

MAILING INSTRUCTIONS/ DIRECTIVES POUR L'ENVOI DU FORMULAIRE

- 1) Mail the original completed form to: Express Scripts Canada
Postez l'original du formulaire dûment rempli à : NIHB MS&E Claims/ Demandes de paiement pour équipement médical et fournitures médicales des SSNA
P.O. Box 1365, Station K/ C.P. 1365, succursale K
Toronto, Ontario M4P 3J4

Or / Ou

Fax / Télécopieur : 1-888-249-6098

- 2) Please make a copy of the completed form and retain for your files.
Veillez conserver une copie du formulaire rempli dans vos dossiers.

**FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH CONTACT INFORMATION/ COORDONNÉES DES BUREAUX RÉGIONAUX DE LA
DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS**

<p>ATLANTIC REGION NEW BRUNSWICK, NEWFOUNDLAND AND LABRADOR, NOVA SCOTIA, AND PRINCE EDWARD ISLAND OFFICE FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH HEALTH CANADA MARITIME CENTRE 1505 BARRINGTON STREET 15TH FLOOR, SUITE 1525 HALIFAX, NS B3J 3Y6 TOLL FREE: 1-800-565-3294 (IN HALIFAX): 1-902-426-2656 FAX: 1-866-963-7700 E-MAIL: ATLNIHB@HC-SC.GC.CA</p>	<p>RÉGION DE L'ATLANTIQUE BUREAU DU NOUVEAU-BRUNSWICK, DE TERRE- NEUVE-ET-LABRADOR, DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE ET DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA MARITIME CENTRE 1505, RUE BARRINGTON 15^E ÉTAGE, BUREAU 1525 HALIFAX (NOUVELLE-ÉCOSSE) B3J 3Y6 SANS FRAIS : 1 800 565-3294 À HALIFAX : 1 902 426-2656 TÉLÉC. : 1 866 963-7700 COURRIEL : ATLSSNA@HC-SC.GC.CA</p>	<p>SASKATCHEWAN REGION FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH HEALTH CANADA 2045 BROAD STREET, 1ST FLOOR, REGINA, SASKATCHEWAN S4P 3T7 TELEPHONE: 1-306-780-8294 TOLL FREE: 1-800-667-3515</p>	<p>RÉGION DE LA SASKATCHEWAN SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA 2045, RUE BROAD, 1^{ER} ÉTAGE REGINA (SASKATCHEWAN) S4P 3T7 TÉLÉPHONE : 1-306-780-8294 SANS FRAIS : 1 800 667-3515</p>
<p>QUÉBEC REGION FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH HEALTH CANADA COMPLEX GUY-FAVREAU 200 WEST RENÉ LÉVESQUE BOULEVARD EAST TOWER, SUITE 404 MONTREAL, QC H2Z 1X4 TOLL FREE: 1-877-483-1575 (IN MONTRÉAL): 1-514-283-1575</p>	<p>RÉGION DU QUÉBEC SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA COMPLEXE GUY-FAVREAU 200, BOUL. RENÉ-LÉVESQUE OUEST TOUR EST, BUREAU 404 MONTREAL (QUÉBEC) H2Z 1X4 SANS FRAIS : 1 877 483-1575 À MONTREAL : 1 514 283-1575</p>	<p>ALBERTA REGION FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH HEALTH CANADA CANADA PLACE 9700 JASPER AVENUE SUITE 730 EDMONTON, AB T3J 4C3 TOLL FREE : 1-800-232-7301 (IN EDMONTON): 1-780-495-2694</p>	<p>RÉGION DE L'ALBERTA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA CANADA PLACE 9700, AV. JASPER, BUREAU 730 EDMONTON (ALBERTA) T5J 4C3 SANS FRAIS : 1 800 232-7301 À EDMONTON : 1 780 495-2694</p>
<p>ONTARIO REGION FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH HEALTH CANADA SIR CHARLES TUPPER BUILDING 2720 RIVERSIDE DRIVE 4TH FLOOR, ADDRESS LOCATOR 6604D OTTAWA, ON K1A 0M2 TOLL FREE: 1-800-881-3921</p>	<p>RÉGION DE L'ONTARIO SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA ÉDIFICE SIR CHARLES TUPPER 2720, PROMENADE RIVERSIDE 4^E ÉTAGE, IA 6604D OTTAWA (ONTARIO) K1A 0M2 SANS FRAIS : 1 800 881-3921</p>	<p>BRITISH COLUMBIA FIRST NATIONS HEALTH AUTHORITY 757 WEST HASTINGS STREET SUITE 540 VANCOUVER, BC V6C 3E6 TOLL FREE: 1-800-317-7878 FAX: 1-888-299-9222</p>	<p>COLOMBIE-BRITANNIQUE RÉGIE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS 757, RUE WEST HASTINGS BUREAU 540 VANCOUVER (COLOMBIE-BRITANNIQUE) V6C 3E6 SANS FRAIS : 1 800 317 7878 TÉLÉC. : 1 888 299-9222</p>
<p>MANITOBA REGION FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH HEALTH CANADA STANLEY KNOWLES FEDERAL BUILDING 391 YORK AVENUE, SUITE 300 WINNIPEG, MB R3C 4W1 TOLL FREE: 1-800-665-8507 (IN WINNIPEG): 1-204-983-8886</p>	<p>RÉGION DU MANITOBA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA ÉDIFICE FÉDÉRAL STANLEY KNOWLES 391, AV. YORK, BUREAU 300 WINNIPEG (MANITOBA) R3C 4W1 SANS FRAIS : 1 800 665-8507 À WINNIPEG : 1 204 983-8886</p>	<p>FNIHB NORTHERN REGION FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH BRANCH HEALTH CANADA TUPPER BUILDING 2720 RIVERSIDE DRIVE, 4TH FLOOR ADDRESS LOCATOR 6604C OTTAWA, ONTARIO K1A 0K9 TOLL FREE: 1-888-332-9222 FAX: 1-800-949-2718</p>	<p>DGSPNI DE LA RÉGION DU NORD DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA ÉDIFICE TUPPER 2720 RIVERSIDE DRIVE, 4E ÉTAGE IA 6604C OTTAWA, ONTARIO K1A 0K9 SANS FRAIS: 1-888-332-9222 TÉLÉC: 1-800-949-2718</p>