



PHARMACY CLAIM FORM

NON-INSURED HEALTH BENEFITS (NIHB)
FOR ELIGIBLE FIRST NATIONS AND INUIT

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PAIEMENT POUR MÉDICAMENTS

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/*PRÉNOMS
[]

*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 À L'AIDE DU NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE OU DU NUMÉRO DE BANDE ET DU 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. []

CLAIM INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE PAIEMENT

*PHARMACY NAME AND ADDRESS/*NOM ET ADRESSE DE LA PHARMACIE []

*PHARMACY NUMBER/*NUMÉRO DE LA PHARMACIE []

1.	*PRESCRIBER ID/ *N° DU PRESCRIPTEUR	*PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *N° RÉF. DU PRESCRIPTEUR	*DATE OF SERVICE (YYYY-MM-DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ)	*DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE	*PRESCRIPTION NO./ *NUMÉRO D'ORDONNANCE	PRIOR APPROVAL NO./ NUMÉRO D'AUT. PRÉALABLE		
	SPECIAL SERVICE CODE/ CODE DE SERVICE SPÉCIAL	*QUANTITY/ *QUANTITÉ	*DRUG/ITEM COST/ *COÛT MÉD./ARTICLE	DISPENSING FEE/ FRAIS EXÉC. ORDON.	MARK UP/ MAJORATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME	*DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV.	*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2.	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
3.	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
4.	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
5.	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

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

Total ▶

*DATE OF DISPENSE MUST BE AFTER THE PRIOR APPROVAL DATE OR BETWEEN THE START AND END DATE OF THE PRIOR APPROVAL.
*LA DATE DE PRESTATION DU SERVICE DOIT ÊTRE POSTÉRIEURE À LA DATE D'AUTORISATION PRÉALABLE OU SE SITUER ENTRE LA DATE D'EFFET ET LA DATE D'EXPIRATION DE L'AUTORISATION PRÉALABLE.

*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 À L'AIDE DU NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE OU DU NUMÉRO DE BANDE ET DU NUMÉRO DE FAMILLE	
<input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER/NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE	
*GIVEN NAME/*PRÉNOMS	<input style="width: 480px; height: 20px;" type="text"/>	
	BAND NUMBER/ NUMÉRO DE BANDE	FAMILY NUMBER/ NUMÉRO DE FAMILLE
	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
*DATE OF BIRTH (YYYY-MM-DD)/*DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	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	
<input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>		

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 Pharmacy Claims/ Demandes de paiement pour médicaments des SSNA
P.O. Box 1353, Station K/ C.P. 1353, succursale K
Toronto, Ontario M4P 3J4

Or / Ou

Fax / Télécopier : 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.