MEDAVIE BLUE CROSS™

INTERIM FEDERAL HEALTH PROGRAM
MEDICAL/GENERAL SERVICES CLAIM FORM

☐ PRIOR APPROVAL ☐ POST APPROVAL PROTECTED "B" (WHEN COMPLETED)

1. CLIENT INFORMATION

Name _____

Client ID Number | | | | | | | | | | Date of Birth _____ (Day / Month / Year)

2. PROVIDER INFORMATION

Specialty (if applicable) _____

Name of Referring Prescriber (if you are a specialist) _____

Name _____ Provider Number _____

Address _____

City _____ Province _____ Postal Code _____

Telephone Number _____ Fax Number _____

3. CLAIM INFORMATION

Invoice Number (from your own office)	Date of Service (D / M / Y)	Fee Code	Units of Time	ICD 9, ICD 10 Code, or Medical Diagnosis	P *	Amount Claimed

TOTALS: _____

* P - Enter Prescriber Designation (i.e. MD)

The IFHP does not cover the cost of health care services or products that a person may claim (even in part) under a public or private health insurance plan. The IFHP does not coordinate benefits with other insurance plans or programs therefore, co-payments are not possible.

4. ADDITIONAL INFORMATION FOR PRIOR/POST APPROVAL

Provide clinical details/justification and/or attach supporting documentation.

_____

_____

_____

5. CERTIFICATION

I hereby certify that the above services have been rendered, that the claim was made in accordance with the terms and conditions of the IFHP and that any information relating to these services as well as copies and supporting documentation of this information, may be obtained by Medavie Blue Cross.

Provider's Original Signature/Stamp _____ Date _____

I certify that the information above is accurate and the services described above have been received.

Client's Signature _____ Date _____

The purpose for the collection of personal information by Medavie Blue Cross will be solely for the administration of IFHP services and benefits. Medavie Blue Cross will comply with the requirements of the Personal Information Protection and Electronic Documents Act and the Privacy Act when collecting, using and disclosing personal information. Personal information will not be disclosed to third parties except as authorized by law.

IMPORTANT: This claim form must be completed in full or the claim may be rejected. A copy of this form must be kept on file for audit purposes.

Immigration, Refugees and Citizenship Canada / Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

MAIL TO
Interim Federal Health Program
Medavie Blue Cross
644 Main Street PO Box 6000 Moncton NB E1C 0P9
Toll-free Number: 1-888-614-1880

CIC-001 11/16

CROIX BLEUE MEDAVIE

PROGRAMME FÉDÉRAL DE SANTÉ INTÉRIMAIRE

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SERVICES MÉDICAUX ET GÉNÉRAUX

☐ APPROBATION PRÉALABLE ☐ APPROBATION POSTÉRIEURE

PROTÉGÉ « B » (UNE FOIS REMPLI)

1. INFORMATION DU CLIENT

Nom _____

Numéro d'ID du client |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance _____ (Jour / Mois / Année)

2. INFORMATION DU FOURNISSEUR

Spécialité (s'il y a lieu) _____

Nom du médecin ayant fait la recommandation (si vous êtes un spécialiste) _____

Nom _____ Numéro du fournisseur _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Numéro de téléphone _____ Numéro de télécopieur _____

3. RENSEIGNEMENTS

Numéro de facture (établie par votre bureau)	Date de service (J / M / A)	Code d'honoraires	Unités de temps	ICode CIM 9, CIM 10, ou Diagnostic médical	P *	Montant demandé

* P - Entrer la désignation du prescripteur (p. ex. : M)

TOTAUX : _____

Le PFSI ne couvre pas le coût des services ou produits de soins de santé pour lesquels une personne peut être remboursée (même en partie) en vertu d'un régime d'assurance maladie public ou privé. Le PFSI ne coordonne pas les prestations avec d'autres programmes/ régimes d'assurance donc les quotes-parts ne sont pas possibles.

4. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES POUR APPROBATION PRÉALABLE ET POSTÉRIEURE

Fournir les détails cliniques ou la justification, ou joindre les documents à l'appui.

_____

_____

_____

5. CERTIFICATION

J'atteste par la présente que les services ci-dessus ont été rendus, que la demande de règlement est conforme aux modalités du PFSI et que les renseignements relatifs à ces services ainsi que les photocopies et la documentation associées à ces derniers peuvent être obtenus par Croix Bleue Medavie.

Signature originale/tampon du fournisseur _____ Date _____

J'atteste par la présente que l'information ci-dessus est exacte et que les services décrits ci-haut ont été reçus.

Signature du client _____ Date _____

La collecte de renseignements personnels par Croix Bleue Medavie servira uniquement à l'administration des services et produits assurés aux termes du PFSI. Croix Bleue Medavie se conformera aux exigences de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques et de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels. Les renseignements personnels ne seront pas divulgués à de tierces parties à moins qu'il en soit autorisé par la loi.

IMPORTANT : Ce formulaire doit être dûment rempli, sinon la demande pourrait être rejetée. Une copie de celle-ci doit être versée au dossier aux fins de vérification.

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada
Immigration, Refugees and Citizenship Canada

POSTER À
Programme fédéral de santé intérimaire
Croix Bleue Medavie
644, rue Main CP 6000 Moncton NB E1C 0P9
Numéro sans frais : 1-888-614-1880

CIC-001 11/16