

Protected "B" (When completed)  
Protégé « B » (une fois rempli)

CLAIM RESUBMISSION (PLEASE CHECK)  CLAIM NUMBER \_\_\_\_\_  
NOUVELLE PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE (VEUILLEZ COCHER)  N° DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT \_\_\_\_\_

PROVIDER	FOURNISSEUR
Name - Nom _____	Provider No. - N° du fournisseur _____
Address - Adresse _____	Type - Genre _____
City - Ville _____	GST No. - N° de TPS _____
Province _____ Postal Code - Code postal _____	Telephone - N° de téléphone _____
Client/Member of (check applicable department) - Client/Membre de (Cochez le ministère pertinent.)	
<input type="checkbox"/> VAC - ACC <input type="checkbox"/> Canadian Forces (CF) - Forces canadiennes (FC)	

CLAIM INFORMATION							RENSEIGNEMENTS							
P O D C	Authorization No. N° d'autorisation	Date of Service/Rental Date de service/location		Benefit Code Code d'avantage	Make/Model Marque/Modèle	Warranty Exp. Date Exp. de la garantie	Serial No. N° de série	P *	R **	Qty Qté	Unit Price Prix à l'unité	Total Charge Montant total	Less Prov. or Terr. Share Moins les frais à la prov./terr.	Bill to Health Benefits Program Facturé au programme d'avantages de soins de santé
		From - De	To - À											
		D - J	M - M	Y - A	D - J	M - M	Y - A							
* P - Prescriber - Auteur de la prescription    ** R - Recommender - Auteur de la recommandation													TOTALS - TOTALS :	

CLIENT/MEMBER	CLIENT/MEMBRE
Name - Nom _____	
I.D. No./Health Identification Card No. - N° d'id./N° de carte d'identité de santé _____	
Address - Adresse _____	CF Service No. - N° matricule des FC _____
City - Ville _____	Province _____ Postal Code - Code postal _____
Telephone - N° de téléphone _____	

CERTIFICATION	DÉCLARATION
---------------	-------------

**FOR VAC AND THE CF - À L'USAGE D'ACC ET DES FC**

I hereby certify that the above benefits have been rendered and that any information relating to these benefits, as well as copies and supporting documentation of this information, may be obtained by Blue Cross on behalf of VAC or the CF.  
J'atteste par la présente que les avantages ci-dessus ont été rendus et que les renseignements relatifs à ces avantages ainsi que les photocopies et la documentation associées à l'information peuvent être obtenus par Croix Bleue, au nom d'ACC ou des FC.

\*\*\*\*\*

**FOR CF MEMBERS - À L'USAGE DES MEMBRES DES FC**

CF Unit - Unité des FC \_\_\_\_\_ Date of Birth - Date de naissance \_\_\_\_\_

I, the member, authorize and request information concerning my present health or injury to be provided to the CF Health Services Centre - Medical Reception. Please refer to Appendix 1 of the Provider Kit for the appropriate address.  
Je, le membre, autorise la divulgation de tout renseignement au sujet de ma santé ou de blessures que j'ai subies au Centre des services de santé - soins médicaux des FC. Consultez l'annexe 1 de la trousse à l'intention des fournisseurs pour obtenir l'adresse pertinente.

I, the Health Care Provider, agree to return the required health information to the appropriate address listed in Appendix 1 of the Provider Information Kit.  
Je, le fournisseur de soins de santé, consens à retourner les renseignements sur la santé requis à l'adresse pertinente figurant à l'annexe 1 de la trousse à l'intention des fournisseurs.

\*\*\*\*\*

_____	_____	_____	_____
Client/Member's Signature Signature du client/membre	Date	Provider's Original Signature/Stamp Signature originale/tampon du fournisseur	Date

Please submit original copy to Blue Cross and retain a copy for your records.  
Veuillez faire parvenir la copie originale à Croix Bleue et verser une copie à vos dossiers.

\* Instructions on reverse - \* Instructions au verso



## INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE CLAIM FORM

### PROVIDER INFORMATION

Enter or stamp your provider name, address, GST number and telephone number.  
Enter your provider identification number as identified in Appendix 1. (Note: Appendix 1 is included in your Provider Kit.)  
Enter your provider type as identified in Appendix 1.  
Indicate which federal department your client/member represents (VAC or the CF).

### CLAIM INFORMATION

Enter the numeric program of choice. Program codes are as follows.

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1 - Aids for Daily Living      | 12 - Related Health Services (VAC only) |
| 7 - Medical Supplies           | 13 - Special Equipment                  |
| 9 - Oxygen Therapy             | 14 - Vision Care (CNIB)                 |
| 11 - Prosthetics and Orthotics |   |

Enter authorization number, if applicable, or for CF attach pre-authorization form.  
Enter the date of service using day-month-year format. (For purchase, use From date.) Enter rental period, if applicable. (Use From/To dates.)  
Enter the benefit code identifying the service.  
Enter the description of item, make and model if applicable.  
Enter the warranty expiration date using day-month-year format and serial number if applicable.  
Please ensure that you have the prescription required in accordance with the benefit grid and, if so, enter the prescriber designation.  
Please ensure that you have the recommendation required in accordance with the benefit grid and, if so, enter the recommended designation.  
Enter the quantity. (Number of occurrences, units, services, etc.)  
Enter the unit price.  
Enter the total charge for the service provided.  
Enter the amount to be billed to the applicable provincial program for VAC. Providers will be responsible to bill the provincial program where applicable.  
Enter the amount to be billed.

### CLIENT/MEMBER INFORMATION

Enter the client/member's name, address and telephone number.  
Enter the client/member's health identification number or CF Health Identification Number located on the client/member's Health Identification Card.  
Enter the service number located on the member's Health Identification Card (for CF members only).

### CERTIFICATION INFORMATION

The client/member's signature and date are required in the field indicated.  
The provider's original signature/stamp and date are required in the field indicated.

### FOR CF MEMBERS

Enter CF Unit.  
Enter Birth Date.  
Return health information to the CF Health Services Centre - Medical Reception. Refer to Appendix 1 of the Provider Kit for appropriate address.

**IMPORTANT: THE PROVIDER'S ORIGINAL SIGNATURE/STAMP, THE DATE AND THE CLIENT/MEMBER SIGNATURE MUST BE ON THE CLAIM FORM AND A COPY MUST BE KEPT ON FILE FOR AUDIT PURPOSES.**

## INSTRUCTIONS EN VUE DE REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU FOURNISSEUR

Inscrire ou apposer le nom, l'adresse, n° de TPS et le numéro de téléphone du fournisseur.  
Inscrire le numéro d'identification du fournisseur figurant à l'annexe 1. (Nota : L'annexe 1 se trouve dans la trousse à l'intention du fournisseur.)  
Inscrire le type de fournisseur d'après l'annexe 1.  
Inscrire le ministère fédéral que votre client/membre représente (ACC ou les FC).

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Inscrire le code numérique du programme de choix. Les codes correspondant aux programmes sont les suivants :

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| 1 - Aides à la vie quotidienne | 12 - Services paramédicaux (ACC seulement) |
| 7 - Fournitures médicales      | 13 - Équipement spécial                    |
| 9 - Inhalothérapie             | 14 - Soins de la vue (INCA)                |
| 11 - Prothèses et orthèses     |  |

Inscrire le numéro d'autorisation, s'il y a lieu, ou pour les FC, annexer le formulaire de préautorisation.  
Inscrire la date de service en respectant le format jour, mois, année. (S'il s'agit d'un achat, utiliser la date « de ».) Le cas échéant, inscrire la période de location. (Utiliser les dates « de/à ».)  
Inscrire le code d'avantage déterminant le service dispensé.  
Donner une description du produit, la marque et le modèle, s'il y a lieu.  
Inscrire la date d'expiration de la garantie en respectant le format jour, mois, année et le numéro de série, s'il y a lieu.  
Veuillez vous assurer que vous avez l'ordonnance nécessaire conformément au Tableau des avantages et, le cas échéant, indiquez l'auteur de la prescription.  
Veuillez vous assurer que vous avez la recommandation nécessaire conformément au Tableau des avantages et, le cas échéant, indiquez l'auteur de la recommandation.  
Inscrire la quantité (le nombre de fois, d'unités, de services, etc.).  
Inscrire le prix à l'unité.  
Inscrire le montant total du service dispensé.  
Inscrire la somme qui sera facturée au programme provincial/territorial pertinent d'ACC. Il incombera aux fournisseurs d'adresser la facture au programme provincial/territorial, s'il y a lieu.  
Inscrire la somme qui sera facturée.

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU CLIENT/MEMBRE

Inscrire le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du client/membre.  
Inscrire le numéro d'identification ou le numéro d'identité de santé des FC du client/membre. Se reporter à la carte d'identité de santé du client/membre.  
Inscrire le numéro matricule figurant sur la carte d'identité de santé du membre (membres des FC seulement).

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DÉCLARATION

Le client/membre doit apposer sa signature et inscrire la date dans le champ indiqué.  
Le fournisseur doit apposer sa signature originale/tampon et inscrire la date dans le champ indiqué.

### À L'USAGE DES MEMBRES DES FC

Inscrire l'unité des FC.  
Inscrire sa date de naissance.  
Faire parvenir les renseignements sur la santé au Centre des services de santé - soins médicaux des FC. Consulter l'annexe 1 de la trousse à l'intention des fournisseurs pour obtenir l'adresse pertinente.

**IMPORTANT : LA SIGNATURE ORIGINALE/TAMPON DU FOURNISSEUR, LA DATE ET LA SIGNATURE DU CLIENT/MEMBRE DOIVENT FIGURER SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT, ET UNE COPIE DE CELLE-CI DOIT ÊTRE VERSÉE AU DOSSIER AUX FINS DE VÉRIFICATION.**