



**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.	*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
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3.	*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
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4.	*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
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5.	*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
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

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.