



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

Form section for client information including fields for surname, given name, date of birth, street address, city, province, postal code, telephone, and identification numbers.

CLAIM INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE PAIEMENT

Form section for claim information including pharmacy name and address, and pharmacy number.

Table with 5 rows for claim details. Each row contains fields for prescriber ID, quantity, drug/item cost, dispensing fee, mark up, third party share, days supply, and amount claimed.

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	
	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER/NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE	
*GIVEN NAME/*PRÉNOMS	BAND NUMBER/ NUMÉRO DE BANDE	FAMILY NUMBER/ NUMÉRO DE FAMILLE
*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	

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 / 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.