

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

Nom _____ Numéro du fournisseur _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Numéro de téléphone _____ Numéro de télécopieur _____

3. RENSEIGNEMENTS

Date de Service			No. Rx	No. DIN	Quantité	N ^o de jours	*CNL (0-9)	**PC (1-4)	Coût de l'ingrédient	Majoration	Honoraire professionnel	Coût total
JJ	MM	AAAA										

* CNL - Composé non listé ** Produit choisi (substitution)

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. 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.**

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