



## PHARMACY CLAIM FORM

NON-INSURED HEALTH BENEFITS (NIHB)  
FOR ELIGIBLE FIRST NATIONS AND INUIT

The Asterisk (\*) Identifies Mandatory Fields /Les champs marqués d'un astérisque (\*) sont obligatoires.

## 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

### CLIENT INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

\*SURNAME/\*NOM DE FAMILLE

CLIENT IDENTIFICATION NUMBER/NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT

\*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 clients inuits.

\*STREET ADDRESS/\*ADRESSE

APT/APP.

\*CITY/\*VILLE

\*PROVINCE/\*PROVINCE \*POSTAL CODE/\*CODE POSTAL

TELEPHONE (Home)/  
TÉLÉPHONE (Domicile)

TELEPHONE (Work)/  
TÉLÉPHONE (Travail)

     

### 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/ MAJORIZATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME	*DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV.	*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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/ MAJORIZATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME	*DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV.	*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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/ MAJORIZATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME	*DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV.	*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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/ MAJORIZATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME	*DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV.	*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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/ MAJORIZATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME	*DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV.	*AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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/ MAJORIZATION	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/ MAJORIZATION	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/ MAJORIZATION	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/ MAJORIZATION	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/ MAJORIZATION	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 POSTERIEURE 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 A CHILD LESS THAN 2 YEARS OLD, WHOSE PARENT IS AN NIHB-ELIGIBLE CLIENT, PLEASE PROVIDE PARENT'S INFORMATION.

\*SI LE CLIENT EST UN ENFANT Âgé DE MOINS DE DEUX ANS ET QUE SON PARENT EST ADMISSIBLE AU PROGRAMME DES SSNA, Veuillez FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT.

\*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 CLIENT **OU** DU NUMÉRO DE BANDE ET DU NUMÉRO DE FAMILLE

\*SURNAME/\*NOM DE FAMILLE

CLIENT IDENTIFICATION NUMBER/NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT

\*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 clients inuits

### MAILING INSTRUCTIONS/DIRECTIVES POUR L'ENVOI DU FORMULAIRE

- 1) Mail the original completed form to:  
Postez l'original du formulaire dûment rempli à : Express Scripts Canada  
NIHB Pharmacy Claims/ Demandes de paiement pour médicaments des SSNA  
P.O. Box 1353, Station K/ C.P. 1353, succursale K  
Toronto, ON M4P 3J4

Or / Ou

Fax / Télécopieur :

1-888-249-6098

- 2) Please make a copy of the completed form and retain for your files.  
Veuillez conserver une copie du formulaire rempli dans vos dossiers.