

**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 CLIENT

*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 CLIENT OU DU NUMÉRO DE BANDE ET DU NUMÉRO DE FAMILLE		
<input type="text"/>		CLIENT IDENTIFICATION NUMBER/NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT		
*GIVEN NAME/*PRÉNOMS		<input type="text"/>		
<input type="text"/>		BAND NUMBER/ NUMÉRO DE BANDE	FAMILY NUMBER/ NUMÉRO DE FAMILLE	
*DATE OF BIRTH (YYYY-MM-DD)/*DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		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.		
<input type="text"/>				
*CITY/*VILLE	*PROVINCE/*PROVINCE	*POSTAL CODE/*CODE POSTAL	TELEPHONE (Home)/ TÉLÉPHONE (Domicile)	TELEPHONE (Work)/ TÉLÉPHONE (Travail)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CLAIM INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE PAIEMENT

*PHARMACY NAME AND ADDRESS/*NOM ET ADRESSE DE LA PHARMACIE	*PHARMACY NUMBER/*NUMÉRO DE LA PHARMACIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	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
	<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		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	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
	<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		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	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
	<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		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	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
	<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		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	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
	<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/ *CÔUT MÉD./ARTICLE	DISPENSING FEE/ FRAIS EXÉC. ORDON.	MARK UP/ MAJORATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME
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/ *CÔUT MÉD./ARTICLE	DISPENSING FEE/ FRAIS EXÉC. ORDON.	MARK UP/ MAJORATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME
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/ *CÔUT MÉD./ARTICLE	DISPENSING FEE/ FRAIS EXÉC. ORDON.	MARK UP/ MAJORATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME
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/ *CÔUT MÉD./ARTICLE	DISPENSING FEE/ FRAIS EXÉC. ORDON.	MARK UP/ MAJORATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME
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/ *CÔUT MÉD./ARTICLE	DISPENSING FEE/ FRAIS EXÉC. ORDON.	MARK UP/ MAJORATION	THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME

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 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.

*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 CLIENT **OU** DU NUMÉRO DE BANDE ET DU NUMÉRO 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: 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, 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.
Veillez conserver une copie du formulaire rempli dans vos dossiers.