



- Hospital Stay - Séjour à l'hôpital  
 Hospital Services - Services hospitaliers

HOSPITAL SERVICES CLAIM FORM  
DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SERVICES HOSPITALIERS

PRIOR APPROVAL  
APPROBATION  
PRÉALABLE

POST APPROVAL  
APPROBATION  
POSTÉRIEURE

PROTECTED "B" (WHEN COMPLETED) - PROTÉGÉ « B » (UNE FOIS REMPLI)

**1. CLIENT INFORMATION** • **INFORMATION DU CLIENT**

Name - Nom \_\_\_\_\_  
Client ID Number / Numéro d'ID du client \_\_\_\_\_ Date of Birth / Date de naissance \_\_\_\_\_  
Day - Jour Month - Mois Year - Année

**2. PROVIDER INFORMATION** • **INFORMATION DU FOURNISSEUR**

Name - Nom \_\_\_\_\_ Provider Number - Numéro du fournisseur \_\_\_\_\_  
Address - Adresse \_\_\_\_\_  
City - Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Postal Code - Code postal \_\_\_\_\_  
Telephone Number - Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Fax Number - Numéro de télécopieur \_\_\_\_\_  
Invoice Number (from your own office) - Numéro de facture (établi par votre bureau) \_\_\_\_\_

**3. CLAIM INFORMATION** • **RENSEIGNEMENTS**

Date Admitted / Date of Service Date d'hospitalisation / Date de service			Date Discharged Date du congé			Fee Code Code d'honoraires Service Provided Service offert	ICD 9, ICD 10 Code, or Medical Diagnosis Code CIM 9, CIM 10, ou Diagnostic médical	P *	No. of Occurrences N <sup>bre</sup> d'occurrences	Rate Per Diem Tarif journalier	Amount Claimed Montant demandé
D - J	M - M	Y - A	D - J	M - M	Y - A						

\* P - Enter Prescriber Designation (i.e. MD) - Entrer la désignation du prescripteur (p. ex. : M) TOTALS - TOTAUX :

**4. ADDITIONAL INFORMATION FOR PRIOR/POST APPROVAL** • **RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES POUR APPROBATION PRÉALABLE ET POSTÉRIEURE**

Provide clinical details/justification and/or attach supporting documentation. - Fournir les détails cliniques ou la justification, ou joindre les documents à l'appui.

\_\_\_\_\_

**5. CERTIFICATION** • **DÉCLARATION**

I hereby certify that the above services have been rendered, that the claim was made in accordance with the terms and conditions of the IFHP and that any information relating to these services as well as copies and supporting documentation of this information, may be obtained by Medavie Blue Cross.  
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.

Provider's Original Signature/Stamp  
Signature originale/tampon du fournisseur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

I certify that the information above is accurate and the services described above have been received.  
J'atteste par la présente que l'information ci-dessus est exacte et que les services décrits ci-haut ont été reçus.

Client's Signature - Signature du client \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

The purpose for the collection of personal information by Medavie Blue Cross will be solely for the administration of IFHP services and benefits. Medavie Blue Cross will comply with the requirements of the Personal Information Protection and Electronic Documents Act and the Privacy Act when collecting, using and disclosing personal information. Personal information will not be disclosed to third parties except as authorized by law.  
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: This claim form must be completed in full or the claim may be rejected. A copy of this form must be kept on file for audit purposes.**  
**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.**

MAIL TO - POSTER À  
Interim Federal Health Program - Programme fédéral de santé intérimaire  
Medavie Blue Cross - Croix Bleue Medavie  
644, rue Main Street PO Box - CP 6000 Moncton NB E1C 0P9  
Toll-free Number - Numéro sans frais : 1-888-614-1880