



National VIP Provider Payment Centre / *Centre de paiement des fournisseurs nationaux du PAAC*  
PO Box 6200 / CP 6200  
STN LCD 1 / *Succ. LCD 1*  
Moncton NB E1C 8R2  
1-888-261-4033

SOCIAL TRANSPORTATION  
TRANSPORT SOCIAL

Veterans Independence Program  
*Programme pour l'autonomie des anciens combattants*

☐ SECOND BILLING (PLEASE CHECK)  
*DEUXIÈME FACTURATION (VEUILLEZ COCHER)*

CLAIM NUMBER  
*N° DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT*

| PROVIDER INFORMATION • INFORMATION DU FOURNISSEUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                           |                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Name / Nom _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    | Provider No. / N° du fournisseur _____                    | Type / Genre _____                       |
| Address / Adresse _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    | _____                                                     |                                          |
| City / Ville _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    | GST No. / N° de TPS _____                                 |                                          |
| Province _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Postal Code / Code postal _____                                    |                                                           | Telephone / N° de téléphone (    ) _____ |
| CLAIM INFORMATION • RENSEIGNEMENTS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                           |                                          |
| Description & Code<br><i>Description et code</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Date of Service<br><i>Date de service</i><br>D/J      M/M      Y/A | Return Trip<br><i>Aller-retour</i>                        | Total Amount<br><i>Montant total</i>     |
| Social Transportation<br><i>Transport social</i><br><br>Benefit Code / <i>Code d'avantage :</i><br><b>345506</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |                                                           |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                           |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                           |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                           |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                           |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                           |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                           |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                           |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                           |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                           |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                           |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                           |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                           |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                           |                                          |
| TOTAL / TOTAUX :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |                                                           |                                          |
| CLIENT INFORMATION • INFORMATION DU CLIENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |                                                           |                                          |
| Name / Nom _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |                                                           |                                          |
| Health Identification Card no. / N° de carte d'identité de santé <b>K</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                           |                                          |
| Address / Adresse _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    | City / Ville _____                                        |                                          |
| Province _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Postal Code / Code postal _____                                    | Telephone / N° de téléphone (    ) _____                  |                                          |
| CERTIFICATION • DÉCLARATION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                                           |                                          |
| <p>I hereby certify that the above benefits have been rendered and that any information relating to these benefits, as well as copies and supporting documentation of this information, may be obtained by Blue Cross on behalf of VAC.</p> <p><i>J'atteste par la présente que les avantages ci-dessus ont été rendus et que les renseignements relatifs à ces avantages ainsi que les photocopies et la documentation associées à l'information peuvent être obtenus par la Croix Bleue, pour le compte d'ACC.</i></p> |                                                                    |                                                           |                                          |
| Client or Client Representative's Signature /<br><i>Signature du client ou du représentant du client</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Date _____                                                         | Provider's Signature /<br><i>Signature du fournisseur</i> | Date _____                               |

**INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE CLAIM FORM**

**PROVIDER INFORMATION**

Enter or stamp your provider name, address, GST number and telephone number.  
Enter your provider type and identification number as identified in the introduction letter.  
Please indicate with a check mark if this is a second billing.

**CLAIM INFORMATION**

Enter the date of service using the day - month - year format.  
Please indicate with a check mark if service provided was a return trip.  
Enter total amount for the service provided.

**CLIENT INFORMATION**

Enter the client’s name, address and telephone number.  
Enter the client’s Health Identification Number located on the client’s Health Identification Card.

**CERTIFICATION INFORMATION**

The client / client representative’s signature and date is required in the field indicated.  
The provider’s signature and date is required in the field indicated.

**IMPORTANT: THE DATE AND THE SIGNATURES OF THE PROVIDER AND THE CLIENT OR  
CLIENT'S REPRESENTATIVE MUST BE ON THE CLAIM FORM AND A COPY MUST BE  
KEPT ON FILE FOR AUDIT PURPOSES.**

**INSTRUCTIONS EN VUE DE REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT**

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU FOURNISSEUR**

Inscrire ou apposer le nom, l’adresse, N° de TPS et le numéro de téléphone du fournisseur.  
Inscrire le type et le numéro d’identification du fournisseur précisés dans la lettre de présentation.  
Veuillez cocher s’il s’agit d’une deuxième facturation.

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE DE RÈGLEMENT**

Inscrire la date de service en respectant le format jour, mois, année.  
Veuillez cocher si le service offert est un aller-retour.  
Inscrire le montant total du service dispensé.

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU CLIENT**

Inscrire le nom, l’adresse et le numéro de téléphone du client.  
Inscrire le numéro d’identité de santé du client. Se reporter à la carte d’identité de santé du client.

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DÉCLARATION**

Le client / représentant du client doit apposer sa signature dans le champ indiqué.  
Le fournisseur doit apposer sa signature et inscrire la date dans le champ indiqué.

**IMPORTANT : LA DATE ET LES SIGNATURES DU FOURNISSEUR ET DU CLIENT OU  
REPRÉSENTANT DU CLIENT DOIVENT FIGURER SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT,  
ET UNE COPIE DE CELLE-CI DOIT TRE VERSÉE AU DOSSIER AUX FINS DE  
VÉRIFICATION.**