



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

ACCESS TO NUTRITION
ACCÈS À DES SERVICES D'ALIMENTATION
PROTECTED "B" (WHEN COMPLETED) - PROTÉGÉ « B » (UNE FOIS REMPLI)
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 Description et code	Date of Service Date de service			Destination - Destination		Return Trip Aller-retour	Total Amount Montant total
	D - J	M - M	Y - A	From - De	To - À		
Access to Nutrition Accès à des services d'alimentation Benefit Code Code d'avantage : 345502							
TOTAL - TOTAUX :							
CLIENT INFORMATION			INFORMATION DU CLIENT				
Name - Nom							
Health Identification Card no. - N° de carte d'identité de santé K							
Address - Adresse City - Ville							
Province Postal Code - Code postal Telephone - N° de téléphone							
CERTIFICATION			DÉCLARATION				
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. 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 Croix Bleue pour le compte d'ACC.							
Client or Client Representative's Signature Signature du client ou du représentant du client		Date		Provider's Original Signature / Stamp Signature originale / tampon du fournisseur		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 day - month - year format.
Enter the destination information, indicating departure and arrival locations.
Please indicate with a check mark if service provided was a return trip.
Enter total or flat charge 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 original signature / stamp and date is required in the field indicated.

IMPORTANT: THE PROVIDER'S ORIGINAL SIGNATURE/STAMP, THE DATE AND THE CLIENT OR CLIENT REPRESENTATIVE'S SIGNATURE MUST BE ON THE CLAIM FORM AND A COPY MUST BE KEPT ON FILE FOR AUDIT PURPOSES. PHOTOCOPIES OF SIGNATURES WILL NOT BE ACCEPTED.

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.
Inscrire l'information sur la destination, y compris le lieu du départ et le lieu de l'arrivée.
Veuillez cocher si le service offert est un aller-retour.
Inscrire le montant total ou fixe 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 / tampon et inscrire la date dans le champ indiqué.

IMPORTANT : LA SIGNATURE ORIGINALE / TAMPON DU FOURNISSEUR, LA DATE ET LA SIGNATURE DU CLIENT OU REPRÉSENTANT DU CLIENT DOIVENT FIGURER SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT, ET UNE COPIE DE CELLE-CI DOIT ÊTRE VERSÉE AU DOSSIER AUX FINS DE VÉRIFICATION. LES PHOTOCOPIES DE SIGNATURES NE SERONT PAS ACCEPTÉES.