



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

AMBULATORY HEALTH CARE

SERVICES DE SOINS AMBULATOIRES

Veterans Independence Program

Programme pour l'autonomie des anciens combattants

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

☐ 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 D - J M - M Y - A	No. of Visits X Fee per visit Nbre de visites X honoraires par visite		No. of Hours X Fee per Hour Nbre d'heures X taux horaire	Total Amount Montant total
Ambulatory Health Care Services de soins ambulatoires		X	OR OU	X	
		X	OR OU	X	
		X	OR OU	X	
		X	OR OU	X	
	Benefit Code	X	OR OU	X	
	Code d'avantage : 345500	X	OR OU	X	
		X	OR OU	X	
		X	OR OU	X	
		X	OR OU	X	
		X	OR OU	X	
		X	OR OU	X	
		X	OR OU	X	
		X	OR OU	X	
		X	OR OU	X	
		X	OR OU	X	
		X	OR OU	X	
X	OR OU	X			
TOTAL - TOTAUX :					

CLIENT INFORMATION		INFORMATION DU CLIENT	
Name - Nom			
Health Identification Card no. - N° de carte d'identité de santé		K	
Authorization No. - N° d'autorisation			
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 the day - month - year format.
Enter the number of visits , enter the fee per visit. OR
Enter the number of hours, enter the fee per hour.
Enter total amount for the service(s) 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.
Enter the Authorization Number.

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/ CLIENT REPRESENTATIVE’S SIGNATURE 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.
Inscrire le nombre de visites et les honoraires par visite ; OU
Inscrire le nombre d’heures et le taux horaire.
Inscrire le montant total pour le ou les services dispensés.

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.
Inscrire le numéro d'autorisation.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DÉCLARATION

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

IMPORTANT : LA SIGNATURE ORIGINALE/TAMPON DU FOURNISSEUR, LA DATE ET LA SIGNATURE DU CLIENT/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.