



Veterans Affairs  
Canada

Anciens Combattants  
Canada

PROVIDER REIMBURSEMENT FORM  
FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT DU FOURNISSEUR

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

HEALTH AND SUPPORT SERVICES  
SERVICES DE SANTÉ ET DE SOUTIEN

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>Description et code                                                                     | Date of Service<br>Date de service<br>D/J M/M Y/A | No. of Hours X Fee per Hour<br>Nbre d'heures X taux horaire |          | No. of Visits X Fee per visit<br>Nbre de visites X honoraires par visite | Total Amount<br>Montant total |
| Health and Support Services<br>Services de santé et de soutien<br><br>Benefit Code / Code d'avantage : 345501 |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
|                                                                                                               |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
|                                                                                                               |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
|                                                                                                               |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
|                                                                                                               |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
|                                                                                                               |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
|                                                                                                               |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
|                                                                                                               |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
|                                                                                                               |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
|                                                                                                               |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
|                                                                                                               |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
|                                                                                                               |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
|                                                                                                               |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
|                                                                                                               |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
|                                                                                                               |                                                   | X                                                           | OR<br>OU | X                                                                        |                               |
| 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.<br><br>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. |             |
| Client or Client Representative's Signature /<br>Signature du client ou du représentant du client                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Date        |
| Provider's Signature /<br>Signature du fournisseur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Date        |

Please submit white copy to Blue Cross and retain yellow copy for your records.  
Veuillez faire parvenir la copie blanche à la Croix Bleue et verser la copie jaune à votre dossier.

\* Instructions on reverse / \* Instructions au verso



**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 hours, enter the fee per hour. OR  
Enter the number of visits, enter the fee per visit.  
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.

**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.  
Inscrire le nombre d’heures et le taux horaire ; OU  
Inscrire le nombre de visite et les honoraires par visite.  
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.

**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.**