



Veterans Affairs
Canada

Anciens Combattants
Canada

**MEDICAL SERVICES
SERVICES MÉDICAUX
PROGRAM - PROGRAMME 06**

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

CLAIM NUMBER
N° DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT _____

PROVIDER		FOURNISSEUR		
Name - Nom _____		Provider No. - N° du fournisseur Type - Genre Specialty - Spécialité		
Address - Adresse _____		MEDS		
City - Ville _____		GST No. - N° de TPS _____		
Province _____ Postal Code - Code postal _____		Telephone - N° de téléphone _____		
CLAIM INFORMATION		RENSEIGNEMENTS		
Date of Service Date de service D - J M - M Y - A	Provincial Health Code Code provincial de santé	Diagnosis / Treatment Diagnostic / Traitement	Less Provincial or Terr. Share Moins les frais à la prov. / terr.	Bill to Health Benefits Program Facturé au Programme d'avantages de soins de santé
TOTALS - TOTAUX :				
AUTHORIZATION NO. - N° D'AUTORISATION _____				
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		
<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 Veterans Affairs Canada.</p> <p>Note: If this claim is for benefits not related to your disability condition, VAC can only reimburse you for the amount that is not covered by your province or private insurer.</p> <p>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, au nom d'Anciens Combattants Canada.</p> <p>Note: S'il s'agit d'une demande de remboursement qui n'est pas liée à votre affection, Anciens Combattants Canada peut seulement vous rembourser le montant qui n'est pas couvert par votre province ou votre assureur privé.</p>				
_____ Client's Signature - Signature du client		_____ Date	_____ Provider's Original Signature / Stamp Signature originale / tampon du fournisseur	
			_____ Date	



Please submit original copy to Blue Cross and retain a copy for your records.
Veuillez faire parvenir la copie originale à Croix Bleue et verser une copie à votre dossier.

* Instructions on reverse - * Instructions au verso



VAC-070(B) (02/14)

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE CLAIM FORM

PROVIDER INFORMATION

Enter or stamp your provider name, address, GST number and telephone number.
Enter your provider identification number as identified in Appendix 1. (Note: Appendix 1 is included in your provider kit.)
Enter your provider specialty.

CLAIM INFORMATION

Enter the date of service using day-month-year format.
Enter the provincial health code.
Enter the diagnosis/treatment.
Enter the amount to be billed to the applicable provincial/territorial program. Providers will be responsible to bill the provincial/territorial program where applicable.
Enter the amount to be charged to VAC (Health Benefits Program).
Enter the total charge for the service provided.
Enter authorization number if applicable.

CLIENT INFORMATION

Enter the client's name, address and telephone number.
Enter the client's Health Identification number. Please refer to the Health Identification card - (client number).

CERTIFICATION INFORMATION

The client's signature and date are required in the fields indicated.
The provider's original signature / stamp and date are required in the fields indicated.

IMPORTANT: THE PROVIDER'S ORIGINAL SIGNATURE / STAMP, THE DATE AND THE CLIENT / MEMBER 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 tamponner le nom, l'adresse, N° de TPS et le numéro de téléphone du fournisseur.
Inscrire le numéro d'identité du fournisseur figurant à l'annexe 1. (Nota : L'annexe 1 se trouve dans la trousse à l'intention du fournisseur.)
Inscrire la spécialité du fournisseur.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Inscrire la date de service en respectant le format jour, mois, année.
Inscrire le code provincial de santé.
Inscrire le diagnostic / traitement.
Inscrire la somme qui sera facturée au programme provincial/territorial pertinent. Il incombera aux fournisseurs de facturer le programme provincial/territorial, s'il y a lieu.
Inscrire la somme qui sera facturée au Programme d'avantages de soins de santé.
Inscrire le prix total du service dispensé.
Inscrire le numéro d'autorisation, s'il y a lieu.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU CLIENT

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

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DÉCLARATION

Le client doit apposer sa signature et inscrire la date 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 / MEMBRE DOIVENT FIGURER SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT ET UNE COPIE DE CELLE-CI DOIT ÊTRE VERSÉE AU DOSSIER AUX FINS DE VÉRIFICATION.