



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

PERSONAL CARE
SERVICES DE SOINS PERSONNELS

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			Services Provided Services fournis	Occurrences & Rate Occurences et taux		Total Amount Montant total
	D - J	M - M	Y - A		hrs _____	rate _____	
Personal Care Services de soins personnels Benefit Code Code d'avantage : 345503					hrs _____	rate _____	
					hrs _____	rate _____	
					hrs _____	rate _____	
					hrs _____	rate _____	
					hrs _____	rate _____	
					hrs _____	rate _____	
					hrs _____	rate _____	
					hrs _____	rate _____	
					hrs _____	rate _____	
					hrs _____	rate _____	
					hrs _____	rate _____	
					hrs _____	rate _____	
					hrs _____	rate _____	
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 la 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	

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

* 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

Personal Care

Enter the date of service using the day - month - year format.
Enter the services provided.
Enter the occurrences (hours), enter the rate.
Enter the total amount.

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

Services de soins personnels

Inscrire la date de service en respectant le format jour, mois, année.
Inscrire les services fournis.
Inscrire le nombre d'occurences (d'heures) et le taux.
Inscrire le montant total.

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 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 / 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.