



PART
PARTIE 1

644 RUE MAIN ST CP / PO BOX 220 MONCTON NB E1C 8L3
FOR ALL INQUIRIES / POUR INFORMATION : TEL 1-800-667-4511 FAX (506) 867-4651

REGULAR CLAIM/DEMANDE DE RÈGLEMENT HABITUELLE

NO.

PROVIDER NUMBER,
NAME AND ADDRESS

NUMÉRO, NOM ET
ADRESSE
DU FOURNISSEUR

PROVINCE
CODE

--	--

CODE
PROVINCE

NO. OF
Rx

--	--

N° DE
Rx

DISPENSING
DATE

MONTH	YEAR
MOIS	ANNÉE

DATE DE
DISPENSATION

RECORD
CODE

41

CODE
D'ENREG.

DAY JOUR	POLICY NUMBER N° DE POLICE	IDENTIFICATION NUMBER N° D'IDENTIFICATION	FIRST NAME PRÉNOM	P A R T	D.I.N. N° D'ORDRE	SUB C O D E S U B	QUANT. QUANT.	Rx NO. N° Rx	INGREDIENT INGRÉDIENT	MARK-UP MAJORATION	FEE HONORAIRES	COPAY QUOTE-PART	PHYSICIAN NO. N° DU MÉDECIN	DAYS SUPPLY JOURS TRAIT.
01									▲	▲	▲	▲		
02									▲	▲	▲	▲		
03									▲	▲	▲	▲		
04									▲	▲	▲	▲		
05									▲	▲	▲	▲		
06									▲	▲	▲	▲		
07									▲	▲	▲	▲		
08									▲	▲	▲	▲		
09									▲	▲	▲	▲		
10									▲	▲	▲	▲		
11									▲	▲	▲	▲		
12									▲	▲	▲	▲		
13									▲	▲	▲	▲		
14									▲	▲	▲	▲		
15									▲	▲	▲	▲		
16									▲	▲	▲	▲		
17									▲	▲	▲	▲		
18									▲	▲	▲	▲		
TOTALS / TOTAUX									▲	▲	▲	▲	GROSS TOTAL / TOTAL BRUT	
									▲	▲	▲	▲	▲	

INSTRUCTIONS

FORWARD PART 1 TO:
MEDAVIE BLUE CROSS
644 MAIN ST
P.O. BOX 220
MONCTON N.B. E1C 8L3

ENVOYER LA PARTIE 1 À :
CROIX BLEUE MEDAVIE
644, RUE MAIN
CASE POSTALE 220
MONCTON NB E1C 8L3

I HEREBY CERTIFY THAT THE DRUGS CHARGED FOR HEREON HAVE BEEN PROVIDED TO THE PERSONS IDENTIFIED ABOVE.
PAR LES PRÉSENTES, J'ATTESTE QUE LES MÉDICAMENTS PORTÉS À CE COMPTE ONT ÉTÉ FOURNIS AUX PERSONNES SUSNOMMÉES.

DATE

AUTHORIZED SIGNATURE/SIGNATAIRE AUTORISÉ