

PRIOR APPROVAL

POST APPROVAL

PROTECTED "B" (WHEN COMPLETED)

1. CLIENT INFORMATION

Name _____
 Client ID Number

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Date of Birth _____
Day Month Year

2. PROVIDER INFORMATION

Name _____ Provider Number _____
 Address _____
 City _____ Province _____ Postal Code _____
 Telephone Number _____ Fax Number _____

PRESCRIPTION

| | CURRENT | | | NEW | | |
|-------------|---------|----------|------|---|----------|------|
| | SPHERE | CYLINDER | AXIS | SPHERE | CYLINDER | AXIS |
| R | | | | | | |
| L | | | | | | |
| A D D | R | | | <input type="checkbox"/> With existing eyewear OR <input type="checkbox"/> Has no existing eyewear/unaided | | |
| | L | | | | | |

VISUAL ACUITY

| CURRENT | | NEW | |
|---------|----|-----|----|
| R | L | R | L |
| OD | OS | OD | OS |
| | | | |

Is visual acuity 20/40 or weaker in one eye?

3. CLAIM INFORMATION

| Invoice Number (from your own office) | Date of Services | | | Benefit Code | P * | No. of Occurrences | Amount Claimed |
|--|------------------|----|------|--------------|-----|--------------------|----------------|
| | DD | MM | YYYY | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

* P - Enter Prescriber Designation (i.e. MD)

TOTALS

The IFHP does not cover the cost of health care services or products that a person may claim (even in part) under a public or private health insurance plan. The IFHP does not coordinate benefits with other insurance plans or programs therefore, co-payments are not possible.

4. ADDITIONAL INFORMATION FOR PRIOR/POST APPROVAL

Provide clinical details/justification and/or attach supporting documentation.

5. CERTIFICATION

I hereby certify that the above services have been rendered, that the claim was made in accordance with the terms and conditions of the IFHP and that any information relating to these services as well as copies and supporting documentation of this information, may be obtained by Medavie Blue Cross.

Provider's Original Signature/Stamp _____ Date _____

I certify that the information above is accurate and the services described above have been received.

Client's Signature _____ Date _____

The purpose for the collection of personal information by Medavie Blue Cross will be solely for the administration of IFHP services and benefits. Medavie Blue Cross will comply with the requirements of the Personal Information Protection and Electronic Documents Act and the Privacy Act when collecting, using and disclosing personal information. Personal information will not be disclosed to third parties except as authorized by law.

IMPORTANT: This claim form must be completed in full or the claim may be rejected. A copy of this form must be kept on file for audit purposes.

APPROBATION PRÉALABLE

 APPROBATION POSTÉRIEURE

PROTÉGÉ « B » (UNE FOIS REMPLI)

1. INFORMATION DU CLIENT

 Nom _____
 Numéro d'ID du client

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Date de naissance _____
Jour Mois Année

2. INFORMATION DU FOURNISSEUR

 Nom _____ Numéro du fournisseur _____
 Adresse _____
 Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Numéro de téléphone _____ Numéro de télécopieur _____

ORDONNANCE

| | EXISTANTE | | | NOUVELLE | | |
|-------|-----------|----------|-----|---|----------|-----|
| | SPHÈRE | CYLINDRE | AXE | SPHÈRE | CYLINDRE | AXE |
| D | | | | | | |
| G | | | | | | |
| AJOUT | D | | | <input type="checkbox"/> Avec lunettes existantes OU <input type="checkbox"/> Sans lunettes à œil nu | | |
| | G | | | | | |

ACUITÉ VISUELLE

| EXISTANTE | | NOUVELLE | |
|-----------|----|----------|----|
| D | G | D | G |
| OD | OG | OD | OG |
| | | | |

 Est-ce que l'acuité visuelle est de 20/40 ou plus faible dans un œil ?

3. RENSEIGNEMENTS

| Numéro de facture (établi par votre bureau) | Date de service | | | Code d'avantage | N ^{bre} d'occurrences | Montant demandé |
|--|-----------------|----|------|-----------------|-----------------------------------|-----------------|
| | JJ | MM | AAAA | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

* P - Entrer la désignation du prescripteur (p. ex. : M)

TOTAUX

Le PFSI ne couvre pas le coût des services ou produits de soins de santé pour lesquels une personne peut être remboursée (même en partie) en vertu d'un régime d'assurance maladie public ou privé. Le PFSI ne coordonne pas les prestations avec d'autres programmes/régimes d'assurance donc les quotes-parts ne sont pas possibles.

4. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES POUR APPROBATION PRÉALABLE ET POSTÉRIEURE

Fournir les détails cliniques ou la justification, ou joindre les documents à l'appui.

5. CERTIFICATION

J'atteste par la présente que les services ci-dessus ont été rendus, que la demande de règlement est conforme aux modalités du PFSI et que les renseignements relatifs à ces services ainsi que les photocopies et la documentation associées à ces derniers peuvent être obtenus par Croix Bleue Medavie.

Signature originale/tampon du fournisseur _____ Date _____

J'atteste par la présente que l'information ci-dessus est exacte et que les services décrits ci-haut ont été reçus.

Signature du client _____ Date _____

La collecte de renseignements personnels par Croix Bleue Medavie servira uniquement à l'administration des services et produits assurés aux termes du PFSI. Croix Bleue Medavie se conformera aux exigences de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques et de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels. Les renseignements personnels ne seront pas divulgués à de tierces parties à moins qu'il en soit autorisé par la loi.

IMPORTANT : Ce formulaire doit être dûment rempli, sinon la demande pourrait être rejetée. Une copie de celle-ci doit être versée au dossier aux fins de vérification.

POSTER À
 Programme fédéral de santé intérimaire
 Croix Bleue Medavie
 644, rue Main CP 6000 Moncton NB E1C 0P9
 Numéro sans frais : 1-888-614-1880