



11.1: MEDICAL SUPPLIES AND EQUIPMENT CLAIM FORM

NON-INSURED HEALTH BENEFITS (NIHB)
FOR ELIGIBLE FIRST NATIONS AND INUIT

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PAIEMENT POUR ÉQUIPEMENT MÉDICAL ET FOURNITURES MÉDICALES

PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA)
POUR LES MEMBRES ADMISSIBLES DES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS

The Asterisk (*) Identifies Mandatory Fields / Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

CLIENT INFORMATION/ RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

| | |
|--|--|
| <p>*SURNAME/*NOM DE FAMILLE</p> <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <p>*COMPLETE THIS SECTION BY FILLING IN THE CLIENT IDENTIFICATION NUMBER OR THE BAND NUMBER AND FAMILY NUMBER/*VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION À L'AIDE DU NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE OU DU NUMÉRO DE BANDE ET DU NUMÉRO DE FAMILLE</p> <p>CLIENT IDENTIFICATION NUMBER/ NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE</p> <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> |
| <p>*GIVEN NAME/*PRÉNOM</p> <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <p>BAND NUMBER/ NUMÉRO DE BANDE</p> <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/> |
| <p>*DATE OF BIRTH (YYYY/MM/DD)/*DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)</p> <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <p>FAMILY NUMBER/ NUMÉRO DE FAMILLE</p> <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/> |
| <p>*STREET ADDRESS/*ADRESSE</p> <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <p>BAND NUMBER and FAMILY NUMBER do not apply to Inuit Clients/ Les NUMÉROS DE BANDE et les NUMÉROS DE FAMILLE ne s'appliquent pas aux bénéficiaires inuits</p> <p style="text-align: right;">APT./APP.</p> |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *CITY/*VILLE | *PROVINCE/*PROVINCE | *POSTAL CODE/*CODE POSTAL | TELEPHONE (Home)/ TÉLÉPHONE (Domicile) | TELEPHONE (Work)/ TÉLÉPHONE (Travail) |
| <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> |

CLIENT SIGNATURE / SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE

CLAIM INFORMATION/ RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE PAIEMENT

| | |
|--|---|
| *PROVIDER/SUPPLIER NAME AND ADDRESS/*NOM ET ADRESSE DU FOURNISSEUR | *PROVIDER/SUPPLIER NUMBER/*NUMÉRO DU FOURNISSEUR |
| <input style="width:95%; height: 40px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 40px;" type="text"/> |

| | | | | | |
|-----------|---|--|---|---|---|
| 1. | *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR | *PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *N° RÉF. DU PRESCRIPTEUR | PRIOR APPROVAL NO./ N° D'AUT. PRÉALABLE | *DATE OF SERVICE (YYYY/MM/DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) | *DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE |
| | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> |
| | *QUANTITY/ *QUANTITÉ | *ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE | MARK UP/ MAJORATION | THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME | *DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV. |
| | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> |
| 2. | *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR | *PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *N° RÉF. DU PRESCRIPTEUR | PRIOR APPROVAL NO./ N° D'AUT. PRÉALABLE | *DATE OF SERVICE (YYYY/MM/DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) | *DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE |
| | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> |
| | *QUANTITY/ *QUANTITÉ | *ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE | MARK UP/ MAJORATION | THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME | *DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV. |
| | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> |
| 3. | *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR | *PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *N° RÉF. DU PRESCRIPTEUR | PRIOR APPROVAL NO./ N° D'AUT. PRÉALABLE | *DATE OF SERVICE (YYYY/MM/DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) | *DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE |
| | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> |
| | *QUANTITY/ *QUANTITÉ | *ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE | MARK UP/ MAJORATION | THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME | *DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV. |
| | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> |
| 4. | *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR | *PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *N° RÉF. DU PRESCRIPTEUR | PRIOR APPROVAL NO./ N° D'AUT. PRÉALABLE | *DATE OF SERVICE (YYYY/MM/DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) | *DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE |
| | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> |
| | *QUANTITY/ *QUANTITÉ | *ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE | MARK UP/ MAJORATION | THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME | *DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV. |
| | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> |
| 5. | *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR | *PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *N° RÉF. DU PRESCRIPTEUR | PRIOR APPROVAL NO./ N° D'AUT. PRÉALABLE | *DATE OF SERVICE (YYYY/MM/DD)/ *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) | *DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE |
| | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> |
| | *QUANTITY/ *QUANTITÉ | *ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE | MARK UP/ MAJORATION | THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME | *DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV. |
| | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/> |

| | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|---|--------------------------------------|
| 6. | *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR | *PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *N° RÉF. DU PRESCRIPTEUR | PRIOR APPROVAL NO./ N° D'AUT. PRÉALABLE | *DATE OF SERVICE (YYYY/MM/DD) / *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) | *DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE | |
| | | | | | | |
| | *QUANTITY/ *QUANTITÉ | *ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE | MARK UP/ MAJORATION | THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME | *DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV. | *AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ |
| | | | | | | |
| 7. | *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR | *PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *N° RÉF. DU PRESCRIPTEUR | PRIOR APPROVAL NO./ N° D'AUT. PRÉALABLE | *DATE OF SERVICE (YYYY/MM/DD) / *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) | *DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE | |
| | | | | | | |
| | *QUANTITY/ *QUANTITÉ | *ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE | MARK UP/ MAJORATION | THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME | *DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV. | *AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ |
| | | | | | | |
| 8. | *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR | *PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *N° RÉF. DU PRESCRIPTEUR | PRIOR APPROVAL NO./ N° D'AUT. PRÉALABLE | *DATE OF SERVICE (YYYY/MM/DD) / *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) | *DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE | |
| | | | | | | |
| | *QUANTITY/ *QUANTITÉ | *ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE | MARK UP/ MAJORATION | THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME | *DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV. | *AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ |
| | | | | | | |
| 9. | *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR | *PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *N° RÉF. DU PRESCRIPTEUR | PRIOR APPROVAL NO./ N° D'AUT. PRÉALABLE | *DATE OF SERVICE (YYYY/MM/DD) / *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) | *DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE | |
| | | | | | | |
| | *QUANTITY/ *QUANTITÉ | *ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE | MARK UP/ MAJORATION | THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME | *DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV. | *AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ |
| | | | | | | |
| 10. | *PRESCRIBER ID/ *ID DU PRESCRIPTEUR | *PRESCRIBER ID REF NUMBER/ *N° RÉF. DU PRESCRIPTEUR | PRIOR APPROVAL NO./ N° D'AUT. PRÉALABLE | *DATE OF SERVICE (YYYY/MM/DD) / *DATE DU SERVICE (AAAA-MM-JJ) | *DIN/ITEM CODE/ *NIM/CODE DE L'ARTICLE | |
| | | | | | | |
| | *QUANTITY/ *QUANTITÉ | *ITEM COST/ *COÛT DE L'ARTICLE | MARK UP/ MAJORATION | THIRD PARTY SHARE/ PART DE L'AUTRE RÉGIME | *DAYS SUPPLY/ *JRS APPROV. | *AMOUNT CLAIMED/ *MONTANT RÉCLAMÉ |
| | | | | | | |
| Total ▶ | | | | | | |

*DATE OF DISPENSE MUST BE AFTER THE PRIOR APPROVAL DATE OR BETWEEN THE START AND END DATE OF THE PRIOR APPROVAL.
*LA DATE DE PRESTATION DU SERVICE DOIT ÊTRE POSTÉRIEURE À LA DATE D'AUTORISATION PRÉALABLE OU SE SITUER ENTRE LA DATE D'EFFET ET LA DATE D'EXPIRATION L'AUTORISATION PRÉALABLE.

*IF CLIENT IS UNDER ONE YEAR OF AGE AND NOT REGISTERED, PLEASE PROVIDE PARENT'S INFORMATION
*SI LE BÉNÉFICIAIRE EST ÂGÉ DE MOINS D'UN AN ET QU'IL N'EST PAS INSCRIT, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| *SURNAME/*NOM DE FAMILLE | *COMPLETE THIS SECTION BY FILLING IN THE CLIENT IDENTIFICATION NUMBER OR THE BAND NUMBER AND FAMILY NUMBER/*VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION À L'AIDE DU NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE OU DU NUMÉRO DE BANDE ET DU NUMÉRO DE FAMILLE | |
| | CLIENT IDENTIFICATION NUMBER/NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE | |
| *GIVEN NAME/*PRÉNOM | | |
| | BAND NUMBER/ NUMÉRO DE BANDE | FAMILY NUMBER/ NUMÉRO DE FAMILLE |
| *DATE OF BIRTH (YYYY/MM/DD) / *DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ) | | |
| | BAND NUMBER and FAMILY NUMBER do not apply to Inuit Clients/ Les numéros de bande et de famille NE S'APPLIQUENT PAS aux bénéficiaires inuits | |

MAILING INSTRUCTIONS/ DIRECTIVES POUR L'ENVOI DU FORMULAIRE

- 1) Mail the original completed form to: ESI Canada
Postez l'original du formulaire dûment rempli à : NIHB Claims Department/Service de règlement des demandes de paiement des SSNA
3080 Yonge Street Suite 3002
Toronto, Ontario M4N 3N1
- 2) Please make a copy of the completed form and retain for your files.
Veillez conserver une copie du formulaire rempli dans vos dossiers.

**FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH CONTACT INFORMATION/ COORDONNÉES DES BUREAUX RÉGIONAUX DE LA
DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS**

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>FNIH ATLANTIC REGION NEW BRUNSWICK, NEWFOUNDLAND AND LABRADOR, NOVA SCOTIA, AND PRINCE EDWARD ISLAND OFFICE FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH HEALTH CANADA MARITIME CENTRE 1505 BARRINGTON STREET 15TH FLOOR SUITE 1525 HALIFAX, NS B3J 3Y6 1-800-565-3294 (IN HALIFAX) 426-2656 FAX: 1-902-426-8675</p> | <p>DSPNI DE LA RÉGION DE L'ATLANTIQUE BUREAU DU NOUVEAU-BRUNSWICK, DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR, DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE ET DE L'ÎLE-DU- PRINCE-ÉDOUARD DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA MARITIME CENTRE 1505, RUE BARRINGTON 15^E ÉTAGE, BUREAU 1525 HALIFAX (NOUVELLE-ÉCOSSE) B3J 3Y6 SANS FRAIS : 1 800 565-4446 À HALIFAX : 902 426-3710 TÉLEC. : 902 426-8675</p> | <p>FNIH SASKATCHEWAN REGION FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH HEALTH CANADA NON-INSURED HEALTH BENEFITS PROGRAM 1ST FLOOR, 2045 BROAD ST. REGINA, SASKATCHEWAN S4P 3T7 SASK. TOLL FREE 1-800-780-5458 REGINA : 780-5458 FAX: 1-306-780-7741</p> | <p>DSPNI DE LA RÉGION DE LA SASKATCHEWAN DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS 1^{ER} ÉTAGE, 2045, RUE BROAD REGINA (SASKATCHEWAN) S4P 3T7 SANS FRAIS : 1 800 667-3515 À REGINA : 306 780-5458 TELEC. : 1 306 780-7741</p> |
| <p>FNIH QUÉBEC REGION FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH HEALTH CANADA COMPLEX GUY-FAVREAU 200 WEST RENÉ LÉVESQUE BOULEVARD EAST TOWER, SUITE 404 MONTRÉAL, QC H2Z 1X4 1-877-483-1575 (IN MONTRÉAL) 283-1575</p> | <p>DSPNI DE LA RÉGION DU QUÉBEC DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA COMPLEXE GUY-FAVREAU 200, BOUL. RENE-LÉVESQUE OUEST TOUR EST, BUREAU 404 MONTRÉAL (QUÉBEC) H2Z 1X4 SANS FRAIS : 1 877 483-1575 À MONTRÉAL : 514 283-1575</p> | <p>FNIH ALBERTA REGION FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH HEALTH CANADA CANADA PLACE 9700 JASPER AVENUE SUITE 730 EDMONTON, AB T3J 4C3 1-800-232-7301 (IN EDMONTON) 495-2694</p> | <p>DSPNI DE LA RÉGION DE L'ALBERTA DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA CANADA PLACE 9700, AV. JASPER, BUREAU 730 EDMONTON (ALBERTA) T5J 4C3 SANS FRAIS : 1 800 232-7301 À EDMONTON : 780 495-2694</p> |
| <p>FNIH ONTARIO REGION FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH HEALTH CANADA EMERALD PLAZA 1547 MERIVALE ROAD 3RD FLOOR, POSTAL LOCATOR 6103A NEPEAN, ON K1A 0L3 1-800-881-3921 (IN OTTAWA) 952-0145</p> | <p>DSPNI DE LA RÉGION DE L'ONTARIO DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA EMERALD PLAZA 1547, MERIVALE ROAD 3^E ÉTAGE, LOCALISATION POSTALE 6103A NEPEAN (ONTARIO) K1A 0L3 SANS FRAIS : 1 800 881-3921 À OTTAWA : 613 952-0145</p> | <p>FNIH BC REGION FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH HEALTH CANADA 757 WEST HASTINGS STREET SUITE 540 VANCOUVER, BC V6C 3E6 1-888-321-5003 FAX: 604-666-5815</p> | <p>DSPNI DE LA RÉGION DE LA COLOMBIE- BRITANNIQUE DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA 757, RUE WEST HASTINGS, BUREAU 540 VANCOUVER (COLOMBIE-BRITANNIQUE) V6C 3E6 SANS FRAIS 1 88 665-2289 TÉLEC. : 1 888 299-9222</p> |
| <p>FNIH MANITOBA REGION FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH HEALTH CANADA STANLEY KNOWLES FEDERAL BUILDING 391 YORK AVENUE SUITE 300 WINNIPEG, MB R3C 4W1 1-800-665-8507 (IN WINNIPEG) 983-8886</p> | <p>DSPNI DE LA RÉGION DU MANITOBA DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA ÉDIFICE FÉDÉRAL STANLEY KNOWLES 391, AV. YORK, BUREAU 300 WINNIPEG (MANITOBA) R3C 4W1 SANS FRAIS : 1 800 665-8507 À WINNIPEG : 204 983-8886</p> | <p>FNIH NORTHERN REGION YUKON, NORTHWEST TERRITORIES AND NUNAVUT OFFICE FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH HEALTH CANADA 60 QUEEN STREET, 14TH FLOOR POSTAL LOCATOR 3914A OTTAWA, ONTARIO K1A 0K9 TELEPHONE (TOLL FREE) : 1-888-332-9222 FAX: 1-800-949-2718</p> | <p>DSPNI DE LA RÉGION DU NORD CANADIEN BUREAU DU YUKON, DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET DU NUNAVUT DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SANTÉ CANADA 60, RUE QUEEN, 14^E ÉTAGE LOCALISATION POSTALE 3914A OTTAWA (ONTARIO) K1A 0K9 TÉL. SANS FRAIS : 1 888 332-9222 TÉLEC. : 1 800 949-2718</p> |