New Nouveau Brunswick

New Brunswick Drug Plans / Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR
(Nom, adresse, Nº de téléphone)

Nº DE FOURNISSEUR DE LA PHARMACIE

FORMULAIRE / RÉVISION DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Numéro d'identification | Nº attribut | Régime | Date de naissance (Année Mois Jour) | Sexe

Nom de famille | Prénom

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE EXÉCUTÉE

☐ **SOUMISSION D'UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT**
☐ **DEUXIÈME SOUMISSION D'UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT (Ces renseignements se rapportent à la demande de remboursement originale payée.)**

Date initiale du service (Année Mois Jour) | DIN/PIN | Numéro de l'ordonnance actuelle

Quantité | Nbre de jours d'approvisionnement | Nº d'I.D. du prescripteur | Réf. du nº d'I.D. du prescripteur

Coût du médicament | Majoration | Honoraires professionnels ou frais associés aux composés | Code d'intervention de la AphC applicable | Code d'exception

Code de service spécial applicable (CSS) | Sélection de produit | Composé non listé

☐ **RÉVISION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (Ces renseignements se rapportent à la demande de remboursement originale payée.)**

Date initiale du service (Année Mois Jour) | DIN/PIN | Numéro de l'ordonnance actuelle

Quantité | Nbre de jours d'approvisionnement | Nº d'I.D. du prescripteur | Réf. du nº d'I.D. du prescripteur

Commentaires

Soumission / deuxième soumission de la demande de remboursement

J'atteste par la présente que les médicaments facturés pour cette ordonnance ont été remis au patient identifié sur ce formulaire.

Signature autorisée

Date

Révision de la demande de remboursement

J'accepte que la révision soit effectuée sur mon compte en fonction du montant décrit.

Signature autorisée

Date

Soumettre les demandes à :

Service des demandes de règlement
Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick
C.P. 690, 644, rue Main
Moncton, NB E1C 8M7

Téléc. : 1-888-455-8322

Numéro de téléphone pour obtenir des renseignements : 1-800-332-3691