

Application for Reimbursement - Medicare Demande de remboursement - Assurance-maladie



Medicare New Brunswick /
Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick
P.O. Box / C.P. 5100, Fredericton, NB E3B 5G8
TeleServices toll free / Numéro sans frais de Téléservices : 1-888-762-8600

Patient Name / Nom du patient Beneficiary (i.e. parent, spouse, guardian)/ Bénéficiaire (p.ex. : parent, conjoint, tuteur) Address / Adresse 	N.B. Medicare # / N° d'Assurance-maladie du N.-B.		Telephone N°/ N° de téléphone (H/D) (W/T)	Date of Birth/ Date de naissance D/J M Y/A
	Date of service/ Date du service D/J M Y/A	Location of service/ Lieu du service	☐ Inpatient/ Hospitalisation ☐ Office/Bureau	☐ Outpatient Department Services ambulatoires ☐ Other/Autre
	Name and address of service provider / medical practitioner if applicable/ Nom et adresse du dispensateur de service / médecin s'il y a lieu			
	Diagnosis (Reason for visit) Le diagnostic (raison de la visite)			

Please note: Original signed invoices and original receipts are preferred. Photocopies and scans are permissible if originals cannot be provided. They will be reviewed to ensure they meet all the criteria needed to assess your claim.

In the case of a claim for reimbursement for services rendered inside the province, no payment shall be made for entitled services unless the account or claim for reimbursement is received by Medicare within six (6) months after the date upon which the entitled services were rendered.

In the case of entitled services rendered outside the province, no payment shall be made for entitled services unless the account or claim for reimbursement is received by Medicare within twelve (12) months after the date upon which the entitled services were rendered.

Veillez noter : Les factures originales signées et les reçus originaux sont préférables. Les photocopies et les documents électroniques sont autorisés si les originaux ne peuvent pas être fournis. Ils seront examinés afin de s'assurer qu'ils répondent à tous les critères nécessaires à l'évaluation de votre demande.

Dans le cas d'une demande de remboursement pour des services rendus dans la province, nul paiement ne peut être effectué pour des services assurés à moins que la facture ou la demande de remboursement n'ait été reçue par l'assurancemaladie dans les six (6) mois qui suivent la date de prestation des services.

Dans le cas de services assurés rendus à l'extérieur de la province, nul paiement ne peut être effectué pour des services assurés à moins que la facture ou la demande de remboursement n'ait été reçue par l'assurance-maladie dans les douze (12) mois qui suivent la date de prestation des services.

I hereby apply for payment in respect of the cost of medical and/or hospital services on behalf of myself or the above named patient and certify that the information which I have given is true and correct.

Signature _____

Je demande par les présentes le paiement des services médicaux et/ou hospitaliers reçus par moi-même ou par le patient précité. Je certifie que les renseignements que j'ai donnés sont véridiques et exacts.

Date _____

The Department of Health is committed to safeguarding your privacy. For more information on our privacy practices and about your rights regarding this issue, go to **www.gnb.ca** (key word – Privacy Notice).

Le ministère de la Santé est résolu à protéger votre vie privée. Pour plus de renseignements en ce qui a trait à nos pratiques en matière de protection de renseignements personnels, ainsi que de vos droits à ce sujet, consultez le **www.gnb.ca** (mot clé - Avis sur la protection de la vie privée).