

# MHCSI PRESCRIPTION DRUG CLAIM TRANSMITTAL FORM

## Formulaire de demande de remboursement de médicaments MHCSI

• COMPLETE SECTIONS A, B, AND C IN FULL

• Veuillez remplir les parties A, B et C au complet.

• ATTACH ORIGINAL PHARMACY RECEIPTS FOR EXPENSES LISTED BELOW

• Veuillez soumettre les reçus originaux des médicaments énumérés ci-dessous pour lesquels vous demandez un remboursement.

| A EMPLOYEE INFORMATION / Renseignements relatifs à l'employé |  |   |                     |                                      |
|--|--|---|---------------------|--------------------------------------|
| MHCSI Group No./ N° d'assurance collective MHCSI             | MHCSI Client / Family # / N° de client ou de famille | Employee's Surname / Nom de famille de l'employé(e) | First Name / Prénom | Employer's Name / Nom de l'employeur |
| Employee's Home Address<br>Adresse de l'employé(e)           | Street No. and Name<br>N° et nom de la rue           | City<br>Ville                                       | Prov.<br>Province   | Postal Code<br>Code postal           |

| B PATIENT AND PRESCRIPTION INFORMATION / Renseignements relatifs au patient et à l'ordonnance |                                |  |  |   |          |                                   |                                       |         |                 |  |
|---|--------------------------------|--|--|---|----------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------|-----------------|--|
| 00 Employee<br>00 Employé(e)  | 01 Spouse<br>01 Conjoint(e)    | 02 Underage Child<br>02 Enfant au-dessous de la limite d'âge | 04 Disabled Dependent<br>04 Personne à charge handicapée | 09 Dependent Student<br>09 Étudiant(e) à charge |          |                                   |                                       |         |                 | Do Not Use This Space<br>Ne pas écrire dans cet espace |
| Patient's First Name or initial   | Patient Code #                 | Patient's Relationship to Employee                           | Date of Birth M/D/Y                                      | Prescription No.                                | Quantity | Drug Identification No. (DIN)     | Date dispensed M/D/Y                  | Amount  | Days Supply     |  |
| Prénom et initiale du/de la patient(e)  | N° de code du/de la patient(e) | Lien de parenté avec l'employé(e)                            | Date de naissance M/J/A                                  | N° d'ordonnance                                 | Quantité | N° d'identification du médicament | Date de l'ordonnance Mois /Jour/Année | Montant | Nombre de jours |  |
|   |                                |  |  |   |          |                                   |                                       | .       |                 |  |
|   |                                |  |  |   |          |                                   |                                       | .       |                 |  |
|   |                                |  |  |   |          |                                   |                                       | .       |                 |  |
|   |                                |  |  |   |          |                                   |                                       | .       |                 |  |
|   |                                |  |  |   |          |                                   |                                       | .       |                 |  |
|   |                                |  |  |   |          |                                   |                                       | .       |                 |  |
|   |                                |  |  |   |          |                                   |                                       | .       |                 |  |

| C EMPLOYEE'S STATEMENT / Déclaration de l'employé(e)   |   |                                      | TOTAL |
|--|---|--------------------------------------|-------|
| Is this claim for coordination of benefits (COB)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (If yes, please attach receipts and the statement of benefit from spouse's carrier)   |   |                                      |       |
| Cette réclamation fait-elle l'objet d'une coordination des prestations (CDP)? (Si oui, veuillez joindre les reçus de même qu'un relevé des prestations de l'assureur du conjoint) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  |   |                                      |       |
| I HEREBY AUTHORIZE THAT THE ABOVE INFORMATION IS ACCURATE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND THAT ALL EXPENSES WERE FOR SERVICES AND SUPPLIES RECEIVED BY MYSELF OR MY ELIGIBLE DEPENDENTS. I AUTHORIZE THE RELEASE OF ANY INFORMATION RELATING TO THE CLAIMS ON THIS FORM. A PHOTOCOPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE AS VALID AS THE ORIGINAL.<br>Je certifie par la présente qu'à ma connaissance les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et que toutes les dépenses ont été engagées pour obtenir des services et des fournitures qui m'étaient destinés ou qui étaient destinés aux personnes à ma charge admissibles. J'autorise la divulgation de toute information relative à ce formulaire de demande de remboursement. Une photocopie de cette autorisation sera considérée au même titre que l'originale. |   |                                      |       |
| DATE<br>Date _____   | EMPLOYEE'S SIGNATURE<br>Signature de l'employé(e) _____ | TELEPHONE #<br>N° de téléphone _____ |       |

**SUBMIT CLAIM TO: MHCSI Managed Health Care Services Inc., 201 Brownlow Avenue, Unit 20 Dartmouth, NS B3B 1W2**  
**Veillez faire parvenir votre demande à : MHCSI Managed Health Care Services Inc., 201 Brownlow Avenue, Unit 20 Dartmouth (Nouvelle-Écosse) B3B 1W2**

## Instructions for completing the MHCSI Prescription Drug Claim Transmittal Form

### In PART A:

1. The employee's group number (listed on your drug benefit card).
2. The employee's client/family number (listed on your drug benefit card).
3. The employee's surname.
4. The employee's first (given) name.
5. The name of the employee's employer.
6. The employee's complete mailing address (i.e., street number, city, province, postal code).

### In PART B, for each prescription being submitted:

7. The first (given) name or initial of the patient for whom the prescription was dispensed.
8. The last three digits of the client/family number on each employee's or dependent's MHCSI card if applicable.
9. The relationship of the patient to the employee (i.e., enter the number '00' if the patient is the employee (subscriber), enter the number '01' if the patient is the employee's spouse, enter the number '02' if the patient is the employee's dependent child or '09' if an overage student).
10. The date of birth of the patient (month/day/year).
11. The drug identification number or DIN (listed on prescription).
12. The quantity of the drug dispensed (i.e., 100 ml, 50 tablets, etc.).
13. The prescription number (listed on the prescription).
14. The date dispensed (month/day/year).
15. The gross amount charged for the prescription.
16. The number of days supply as indicated by the doctor on the original prescription.

### In PART C:

17. Indicate if your claim is for coordination of benefit (COB).
18. The present date.
19. The signature of the employee.
20. The employee's telephone number so they can be reached should questions arise. (optional)

Upon completing the form, attach the pharmacy receipts reported on the form, and submit to MHCSI. (address on front of form)

## Directives pour remplir le formulaire de demande de remboursement de médicaments MHCSI

### Partie A :

1. Le numéro de l'assurance collective de l'employé(e) (indiqué sur la carte d'assurance médicaments).
2. Le numéro du client ou de famille de l'employé(e) (indiqué sur la carte d'assurance médicaments).
3. Le nom de famille de l'employé(e).
4. Le prénom de l'employé(e).
5. Le nom de l'employeur.
6. L'adresse complète de l'employé(e) (par ex. : numéro de la rue, ville, province, code postal).

### Partie B – Veuillez indiquer les renseignements suivants pour chaque ordonnance :

7. Le prénom ou l'initiale du patient ou de la patiente dont le nom apparaît sur l'ordonnance.
8. Les trois derniers chiffres du numéro de patient ou de famille apparaissant sur la carte MHCSI de chaque employé(e) ou de la personne à charge, s'il y a lieu.
9. Le lien de parenté unissant le/la patient(e) avec l'employé(e) (par ex. : indiquer le code 00 s'il s'agit de l'employé(e) (personne assurée), le code 01 si le/la patient(e) est le/la conjoint(e) de l'employé(e), le code 02 si le/la patient(e) est un enfant à charge ou le code 09 si le/la patient(e) est un(e) étudiant(e) à charge, etc.).
10. La date de naissance du patient ou de la patiente (mois/jour/année).
11. Le numéro d'identification du médicament (DIN). Ce numéro est indiqué sur l'ordonnance.
12. La quantité du médicament prescrit (par exemple : 100 ml, 50 comprimés, etc.).
13. Le numéro de l'ordonnance.
14. La date de l'ordonnance (mois/jour/année).
15. Le montant brut payé pour cette ordonnance.
16. Le nombre de jours pour lesquels le médicament a été prescrit par le médecin, comme il est indiqué sur l'ordonnance originale.

### Partie C :

17. Indiquer si la réclamation fait l'objet d'une coordination des prestations (CDP).
18. La date à laquelle le formulaire a été rempli.
19. La signature de l'employé(e).
20. Le numéro de téléphone où il est possible de rejoindre l'employé(e) au cas où il y aurait des questions. (facultatif)

Une fois le formulaire rempli, veuillez joindre les reçus des médicaments mentionnés sur ce formulaire et envoyer le tout à MHCSI dont l'adresse est indiquée au recto.