

# Drug Claim Submission Requirements

Receipt Must Include:

- ✓ Patient Name
- ✓ Drug Name and/or DIN
- ✓ Amount Charged

example of an official prescription receipt:

## Pharmacy Name

Phone: 519-123-4567

Address: 123 Pharmacy Road, ON, A1B 2C3

## Official Prescription Receipt

**RX: 00000000**

Date of service:  
**DD/MM/YYYY**

Patient, Name  
Patient Address  
City, Province, Postal Code

**Patient Name:**

*The name of the patient that was prescribed medication should be clearly visible.*

Doctor Name  
Dr. M Sloan

**Drug Name and/or DIN:** Name of the prescribed drug and/or the Drug Information Number (DIN).

Drug Name: Example Brand

Drug Identification Number (DIN): 000000    Quantity: 28    Days: 28    Refills: 2

Cost: \$123.44  
Fee: \$11.99

**Amount Charged:** including drug cost, fees, and if applicable the amount covered by your COB carrier.

**Patient Pays: \$135.43**

# Exigences relatives à la présentation des **demandes de remboursement de médicaments**

Le reçu doit comprendre :

- ✓ Nom du patient
- ✓ Nom du médicament et/ou DIN
- ✓ Montant facturé

Exemple d'un reçu officiel d'ordonnance :

## Nom de la pharmacie

Téléphone : 519-123-4567

Adresse : 123 Rue de la Pharmacie, QC, A1B 2C3

### Reçu officiel de l'ordonnance

**RX: 00000000**

Date de service:  
**DD/MM/YYYY**

Nom du patient  
Adresse du patient  
Ville, Province, Code postal

**Nom du patient :**

*Le nom du patient à qui l'on a prescrit des médicaments doit être clairement visible.*

Nom du médecin  
Dr M. Trudeau

**Nom du médicament et/ou DIN :**

*Nom du médicament prescrit et/ou numéro d'identification du médicament (DIN).*

**Nom du médicament : Exemple de marque**

Numéro d'identification du médicament (DIN) : 000000 Quantité : 28 Jours: 28 Renouvellements : 2

Coût : 123,44 \$  
Frais : 11,99 \$

**Montant facturé :** *y compris le coût du médicament, les frais et, le cas échéant, le montant couvert par votre assureur pour CDP (Coordination des prestations).*

**Patient Pays: \$135.43**