



**Request for Prior Approval - Medicare Health**  
**P.O. Box 5100, Fredericton, N.B. E3B 5G8**

**Demande d'approbation préalable - Assurance-maladie Santé**  
**C.P. 5100, Fredericton (N.B.) E3B 5G8**

Practitioner's name/Nom du praticien	Practitioner's Number/Numéro du praticien
Referring Practitioner's Name/Nom du praticien qui a aiguillé	Referring Practitioner's Number/Numéro du praticien qui a aiguillé

Patient Name/Nom du patient	Medicare Number/ N° d'Assurance-maladie	Date of Birth/Date de naissance D/J M Y/A	Gender/Sexe <input type="checkbox"/> Male/Homme <input type="checkbox"/> Female/Femme
-----------------------------	--	--	---

**Proposed Service/Service proposé**

Is the patient requesting Medicare coverage for the service?  
 Est-ce que le patient demande que ce service soit couvert par l'Assurance-maladie?  Yes/Oui  No/Non

If yes, could any of this be described as cosmetic?  
 Si oui, peut-on décrire ce service comme esthétique?  Yes/Oui  No/Non

If yes, what is the "medical requirement"?  
 Si oui, expliquez le «critère médical»? \_\_\_\_\_

Will the patient or a third party pay anything towards the cost of the service?  
 Le patient ou une tierce partie paiera-t-il une partie du coût de ce service?  Yes/Oui  No/Non

Service Code/Code de service	Requested Units/Unités demandées
------------------------------	----------------------------------

Service Description/Description du service

---



---

Diagnosis/Diagnostic

---

Related Patient History/Antécédents médicaux connexes du patient

---



---



---

- Congenital/  
Congénital       Acquired/  
Acquis       Trauma/  
Suite à un traumatisme       Developmental/  
De développement

Deformity/Pathologie médicale

Degree/Gravité :  Mild/Légère (Noticable/perceptible)  Moderate/Moyenne (very noticeable/très visible)  Severe/Grave (unsightly/disgracieuse)

Functional Impairment/Troubles fonctionnels

Degree/Gravité :  Mild/Légers  Moderate/Moyens  Severe/Graves

**Remarks/Remarques**

Additional factors, including any extenuating circumstance./Autres facteurs, y compris les motifs pouvant influencer sur la décision.

Signature: \_\_\_\_\_ M.D. Date: \_\_\_\_\_

**New Brunswick Medicare Decision/Décision de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick**

- Approved as an insured service under New Brunswick Medicare./Approuvé à titre de service assuré par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.*
- Not an insured service under New Brunswick Medicare. (NOTE: Related services such as anaesthesia, surgical assist and hospital care are not covered by New Brunswick Medicare or by the province's hospital services.) /Service non assuré en vertu de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick. (NOTA : Les services connexes comme l'anesthésie, l'assistance chirurgicale et les soins hospitaliers ne sont pas couverts par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick ou par les services hospitaliers de la province.)*

Signature: \_\_\_\_\_ M.D. Date: \_\_\_\_\_