



DRUG CLAIMS TRANSMITTAL FORM / FORMULAIRE DE TRANSMISSION DES RÉCLAMATIONS DE MÉDICAMENTS

Complete Sections A, B and C in full
Attach original receipts for expenses listed below

Remplir les parties A, B et C au complet
Joindre vos reçus pharmaceutiques originaux pour les frais encourus ci-dessous

| Part A – Member Information / Renseignements sur le participant | | | | | | (Please print / lettres moulées s.v.p.) | | |
|---|---|--|-----------------------|--|----------------------------|---|--|--|
| Group # N ^o . du groupe 513982 | Certificate # N ^o . de certificat L | Member Surname Nom du participant | First Name Prénom | Employer, Union, School Name Nom de l'employeur, du syndicat, ou de l'école ST. CLAIR COLLEGE | | | | |
| Member's Home Address Adresse du participant | Apt. # | Street # and Name N ^o . et nom de la rue | City Ville | Province | Postal code Code postal | Preferred Language Langue de choix <input type="checkbox"/> Eng. <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Ang. <input type="checkbox"/> Français | | |
| Telephone # Home: N ^o . téléphone à domicile: () | | | Work: Travail: () | | | | | |

Note: Photocopies will ONLY be allowed for Co-Ordination of Benefits (C.O.B.) along with an "Explanation of Benefits" from your other drug carrier.
Please indicate if this is a C.O.B. claim YES NO

A noter : Les photocopies seront seulement acceptées pour les coordinations de prestation (C.O.B.) avec un relevé des prestations de votre autre régime d'assurance-santé. S'il vous plaît indiquer si cette demande est pour C.O.B. OUI NON

| Part B – Patient and Prescription Information / Renseignements sur le patient et sur le médicament | | | | | | | | | | (Please print / lettres moulées s.v.p.) | | | | |
|--|---|---|----------------------|-------------------|------------|---|---------------------|---|-------------------------------------|---|--|---------------------------------------|-----------------------------------|---|
| Patient's Initial / Initiales du patient | Patient Code / N ^o . code du patient | Patient Code – relationship to member / Lien de parenté avec le participant | | | | Drug Identification # (DIN#) / # d'identification du médicament (# DIN) | Quantity / Quantité | Prescription # (RX#) / # d'ordonnance (#RX) | Dispense Date / Date de préparation | | | Dispensing Fee / Frais de préparation | Submitted Amount / Montant soumis | Office Use Only / Usage interne seulement |
| | | member participant - 00 | spouse conjoint - 01 | child enfant - 02 | | | | | | | | | | |
| | | Day / Jour | Mo / Mo | Yr / An | Day / Jour | | | | Mo / Mo | Yr / An | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

| Part C – Member Statement / Déclaration du participant | | OFFICE USE ONLY / USAGE INTERNE SEULEMENT |
|--|--|---|
| <p>I certify that the above information is true and complete and that the above charges were for goods and services received by me, my spouse or my eligible dependents. I certify that I am authorized to disclose and receive information about my spouse and/or dependents for purposes of assessing and paying a benefit if any. I acknowledge that unless assigned to the service provider, any reimbursement of the above charges and explanation of such amounts paid will be provided to the benefit plan member.</p> <p>I authorize ClaimSecure, healthcare professionals, insurers, administrators of government or other benefit plans, and other service providers working with ClaimSecure to exchange necessary information regarding this claim to administer my health benefit plan.</p> | <p>Je certifie que l'information ci-dessus est vraie et complète et que les frais mentionnés ci-dessus couvrent les produits et services qui m'ont été rendus personnellement ou sont reçus par mon conjoint(e) ou par les personnes à ma charge. Je certifie que je suis autorisé(e) à divulguer et à recevoir toute information concernant mon conjoint(e) et/ou les personnes à ma charge aux fins d'évaluation ou de paiement des prestations, si nécessaire. Je reconnais que tout montant de remboursement des frais mentionnés ci-dessus ainsi que le relevé des prestations seront émis au nom du participant du régime à moins qu'ils ne soient attribués au fournisseur de services.</p> <p>J'autorise SécuritéIndemnité, les professionnels de la santé, les compagnies d'assurance, les administrateurs des programmes d'État ou autres régimes d'assurance, et les autres fournisseurs de service travaillant avec SécuritéIndemnité, à transmettre toute information nécessaire concernant la demande aux fins d'administration de mon régime d'assurance-santé.</p> | |
| Date: _____ | Member's Signature / Signature du Participant: _____ | |

Please send claim form to the nearest ClaimSecure branch:
Soumettre le formulaire de demande au bureau de SécuritéIndemnité le plus près.

CLAIMSECURE, PO BOX 6500, STN. A, SUDBURY, ON, P3A 5N5

Toll Free Number / N^o. sans frais:
1-888-513-4464