

## 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° du groupe	Certificate # N° de certiccate	Member Surname Nom du participant	First Name Prénom	Employer, Union, School Name Nom de l'employeur, du syndicat, ou de l'école					
Member's Home Address Adresse du participant	Apt. #	Street # and Name N° et nom de la rue	City Ville	Province	Postal Code Code postal	Preferred Language Langue de choix	English Anglais	French Français	
Telephone # Home: N° telephone à domicile: ( )			Work: Travail: ( )			Email:			

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. Do you want any unpaid balance from this claim reimbursed from your health service spending account (if eligible)? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2. Are any drug benefits or services provided under any other group insurance or health plan, worker's compensation or government plan? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Name of other insuring agency or plan _____<br/>Policy No. _____ Certificate No. _____</p> <p>3. Please indicate if this is a C.O.B. claim. Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> | <p>1. Désirez-vous que les frais non remboursés de cette réclamation soient payés directement de votre compte de soins santé (si admissibles)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>2. Certains de ces frais de médicaments ou services sont-ils remboursables par une autre assurance collective, un autre régime, la Commission des accidents du travail ou un régime gouvernemental? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br/>Nom de l'autre régime ou compagnie d'assurance _____<br/>No de police _____</p> <p>3. S'il vous plait indiquer si cette demande est pour C.O.B. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> No de certificat _____</p> |
|--|--|

Part B – Provider's Information / Renseignements sur le fournisseur				(Please print / lettres moulées s.v.p.)	
Provider's Name Nom du fournisseur	Address Adresse	Street # and Name N° et nom de la rue	City Ville	Province	Postal Code Code postal
Telephone #: ( )		Email:			

Part C – 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° code du patient	Patient Code – relationship to member Lien de parenté avec le participant			Member Participant – 00	Spouse Conjoint – 01	Child Enfant – 02	Dispense Date Date de preparation			Dispensing Fee Frais de preparation	Submitted Amount Montant soumis	Office Use Only Usage interne seulement		
		Date of Birth Date de naissance			Drug Identification # (DIN#) # d'identification du médicament (# DIN)	Quantity Quantité	Prescription # (RX#) # d'ordonnance (#RX)	Day / Jour	Mo / Mo	Yr / An	Day / Jour	Mo / Mo	Yr / An		
		Day / Jour	Mo / Mo	Yr / An											

<p><b>Part D – Member Statement / Déclaration du participant</b></p> <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. If I am submitting personal information about myself and/or my spouse and/or dependents, I acknowledge that I/he/she/we/they have reviewed and consent to the Disclaimer and Privacy Policy (<a href="https://www.claimsecure.com/privacy/">https://www.claimsecure.com/privacy/</a>). 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. 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. I understand and agree that ClaimSecure will conduct audits of claims submitted by me for purposes including, but not limited to, preventing and detecting fraud. I authorize ClaimSecure, and persons acting for ClaimSecure, to disclose this claim, or any personal information contained in this claim, to the benefit plan sponsor/employer for the purposes of reporting fraud suspicious claims. I am aware that under certain circumstances permitted by law, ClaimSecure, or persons acting on its behalf, may be required or permitted to disclose this claim, and the information contained in this claim, including personal information, to others without my knowledge or consent, or the consent of the individual to whom the information relates. In all other circumstances, ClaimSecure will only disclose such personal information in accordance with ClaimSecure's Privacy Policy (<a href="https://www.claimsecure.com/privacy/">https://www.claimsecure.com/privacy/</a>). We may revise this Disclaimer from time to time, and will post the most current version on our website at (<a href="https://www.claimsecure.com">https://www.claimsecure.com</a>). Please check back from time to time to ensure that you are aware of any changes and are using the most recent version of the Disclaimer. Your continued use of our services after any such changes constitutes your acceptance of the Disclaimer as revised.</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 souscrits 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. Si je soumetts les renseignements personnels de mon/ma conjoint(e) et/ou des personnes à ma charge, je reconnais que celui-ci, celle-ci ou ceux-ci ont examiné et accepté les conditions générales, l'Avis de non-responsabilité et la Politique de confidentialité (<a href="https://www.claimsecure.com/fr/privacy/">https://www.claimsecure.com/fr/privacy/</a>). 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. J'autorise SécurIndemnité, 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 SécurIndemnité, à transmettre toute information nécessaire concernant la demande aux fins d'administration de mon régime d'assurance-santé. Je comprends et j'accepte que SécurIndemnité procède à la vérification des demandes d'indemnité que j'aurai soumises y compris, mais sans s'y limiter, aux fins de prévention et de détection de fraudes. J'autorise SécurIndemnité et toute personne agissant en son nom à divulguer cette demande d'indemnité et tous les renseignements personnels qu'elle contient au répondant du régime de prestations/employeur aux fins de signalement de possibles demandes d'indemnité frauduleuses. Je déclare être au courant du fait que SécurIndemnité, ou toute personne agissant en son nom, peut divulguer cette demande d'indemnité et les renseignements qu'elle contient à mon insu et sans mon consentement aux fins exigées ou permises par la loi. Je déclare être au courant que dans certaines circonstances permises par la loi, SécurIndemnité, ou toute personne agissant en son nom, peut être tenue de divulguer, ou avoir reçu la permission de le faire, cette demande d'indemnité et les renseignements qu'elle contient, y compris des renseignements personnels, à mon insu et sans mon consentement ou sans le consentement de la personne à qui ces renseignements se rapportent. Dans toutes autres circonstances, SécurIndemnité respectera la Politique de confidentialité de SécurIndemnité en matière de divulgation des renseignements personnels (<a href="https://www.securindemnite.com/fr/privacy/">https://www.securindemnite.com/fr/privacy/</a>). Nous pouvons réviser l'Avis de non-responsabilité de temps à autre, et nous afficherons la version la plus récente sur notre site Web : (<a href="https://www.securindemnite.com">https://www.securindemnite.com</a>). Veuillez consulter ce dernier régulièrement pour vous assurer de demeurer au fait de toute modification et que vous utilisez la plus récente version de l'Avis de non-conformité. L'utilisation continue de nos services après l'une de ces modifications constitue votre acceptation de l'Avis de non-conformité révisé.</p>
<b>Date:</b> _____	<b>Member's Signature / Signature du Participant:</b> _____

Please send claim form to:  
Soumettre le formulaire de demande à:

\*\*\* Note: Do NOT staple or tape receipts to the claim form \*\*\*

Toll Free Number / No. sans frais: