



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

Remplir les parties A, B et C au complet

(Please print / lettres moulées s.v.p.)

[illegible]

A noter : Les photocopies seront seulement acceptées pour les coordonnées 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

[illegible]

ClaimSecure PO Box 6500, Stn A, Sudbury, ON P3A 5N5

Toll Free Number / N° sans frais:
1-888-513-4464