claimsecure

NCSA
NORTHERN COLLEGE STUDENT ASSOCIATION

sécurindemnité

DRUG CLAIMS TRANSMITTAL FORM / FORMULAIRE DE TRANSMISSION DES RÉCLAMATIONS DÉ MEDICAMENTS

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 certificat	Member Surname / Nom du participant	First Name / Prénom	Employer, Union, School Name / Nom de l'employeur, du syndicat, ou de l'école
515651	N			NORTHERN COLLEGE

Member's Home Address / Adresse du participant	Apt. #	Street # and Name / N°. et nom de la ru	City / Ville	Province	Postal code / Code postal	Preferred Language / Langue de choix
						❑ Eng. / Ang. ❑ French / Français

Telephone # Home: / N°. 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°. code du patient

Patient Code – relationship to member / Lien de parenté avec le participant: member / participant - 00; spouse / conjoint - 01; child / enfant - 02

Date of Birth / Date de naissance			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
Day / Jour	Mo / Mo	Yr / An				Day / Jour	Mo / Mo	Yr / An			

Part C – Member Statement / Déclaration du participant

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.
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.

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 personellement 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.
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.

Date: _____ **Member's Signature / Signature du Participant:** _____

OFFICE USE ONLY
USAGE INTERNE SEULEMENT

Please send claim form to the nearest ClaimSecure branch:
Soumettre Le formulaire de damande au bureau de SécurIndemnité le plus près.

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

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