



DRUG CLAIMS TRANSMITTAL FORM / FORMULAIRE DE TRANSMISSION DES RÉCLAMATIONS DE 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 certificate	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 <input type="checkbox"/>	French Français <input type="checkbox"/>
Telephone # Home: N°. telephone à domicile:	()	Work: Travail:	()	Email:			

- Do you want any unpaid balance from this claim reimbursed from your health service spending account (if eligible)? Yes No
- Are any drug benefits or services provided under any other group insurance or health plan, worker's compensation or government plan? Yes No Name of other insuring agency or plan _____
Policy No. _____ Certificate No. _____
- Please indicate if this is a C.O.B. claim. Yes No

- Désirez-vous que les frais non remboursés de cette réclamation soient payés directement de votre compte de soins santé (si admissibles)? Oui Non
- 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 Non
Nom de l'autre régime ou compagnie d'assurance _____ No de police _____
- S'il vous plait indiquer si cette demande est pour C.O.B.** Oui Non No de certificat _____

Part B – Provider's Information / Renseignements sur le fournisseur			
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 #: N°. telephone:	Email:

Part C – Patient and Prescription Information / Renseignements sur le patient et sur le médicament													
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 préparation			Dispensing Fee Frais de préparation	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									

Part D – Privacy Consent / Consentement Relatif À La Confidentialité

Protecting your personal information:

At ClaimSecure, we're committed to protecting personal information and respecting your privacy. Personal information is information that either on its own or combined with other information allows an individual to be identified. This includes your name and address, as well as more sensitive information such as your health and financial records. When applicable, this includes information about other people such as your spouse, common-law partner, and children.

How we use your personal information:

Your personal information is used to provide you with products and services and to improve our business operations. This includes verifying your identity, maintaining your profile, and informing you about features of the products you already have with us. It's also used to evaluate your eligibility for products, price our products collect feedback on our customer service, process claims, protect you and us from risks such as cyber threats and fraud, and comply with legal obligations. Your certificate number is used to link your products together and to keep your information separate from other customers with similar names.

Who we share personal information with:

We share your personal information with other people and organizations who help us administer your products and provide you with services. This may include your advisor or people who work with your advisor, and other organizations that provide us services such as paramedical examiners, medical laboratories, specialty coverage providers, independent medical examiners, and pharmacies. As well, we may share your information with travel assistance providers, technology suppliers, and insurance or reinsurance companies. As part of our day-to-day business, your personal information may be communicated to government departments and agencies and may be communicated outside your province of residence. We take protecting your personal information seriously and we'll never sell your personal information to anyone.

Protection de vos renseignements personnels :

Chez SécuritéIndemnité, nous nous engageons à protéger vos renseignements personnels et à respecter votre vie privée. Ce sont des renseignements qui, seuls ou associés à d'autres, permettent d'identifier une personne. Il s'agit, notamment, de votre nom et de votre adresse ainsi que des renseignements plus sensibles comme des renseignements médicaux et vos dossiers financiers. Sont également compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux(se), votre conjoint de fait et vos enfants.

Utilisation que nous faisons de vos renseignements personnels :

Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous fournir des produits et services et pour améliorer nos activités d'exploitation. Il s'agit, notamment, de vérifier votre identité et de tenir à jour votre profil et l'information sur les caractéristiques des produits que vous détenez auprès de nous. Ils sont également utilisés pour évaluer votre admissibilité aux produits, fixer le prix de nos produits, recueillir des commentaires sur notre service à la clientèle, traiter les demandes de règlement, vous protéger ainsi que nous contre les risques tels que les cybermenaces et la fraude, et nous conformer aux obligations légales. Votre numéro de certificat est utilisé pour associer vos produits entre eux et pour conserver vos renseignements à l'écart de ceux des autres clients aux noms similaires.

À qui nous communiquons les renseignements personnels :

Nous communiquons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous fournir les services. Il peut s'agir de votre conseiller ou des personnes qui travaillent avec ce dernier, ainsi que d'autres organisations qui nous fournissent des services, telles que des examinateurs paramédicaux, des laboratoires médicaux, des fournisseurs de protection spécialisée, des médecins examinateurs indépendants et des pharmacies. De plus, nous pouvons communiquer vos renseignements à des fournisseurs d'assistance voyage, des fournisseurs de technologie et des compagnies d'assurance ou de réassurance. Dans le cadre de nos activités quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes publics et peuvent être communiqués à l'extérieur de votre province de résidence. Nous prenons la protection de vos renseignements personnels au sérieux et nous ne vendrons jamais vos renseignements personnels à qui que ce soit.

You're in control of your personal information:

We respect your privacy preferences and follow them when using your personal information. At any point in your relationship with us, you can choose how your personal information is used by submitting a request to our Privacy Office at privacy@claimsecure.com. This includes choosing whether you receive customer experience surveys, and whether you want to receive information and offers from ClaimSecure using the personal information we collect from you throughout your relationship with us. You can also exercise other privacy rights, such as access to or correction of your personal information, by emailing our Privacy Office at privacy@claimsecure.com.

If you choose to remove your consent to the collection, use and disclosure of the personal information required to serve you and meet our legal obligations, we may not be able to continue to provide you with products and services.

ClaimSecure uses personal information when making decisions related to products and services. These decisions may be made using automated processing.

Want to learn more? Please visit <https://www.claimsecure.com/privacy-policy/>.

Vous avez le contrôle de vos renseignements personnels :

Nous respectons vos préférences en matière de confidentialité et les suivons lorsque nous utilisons vos renseignements personnels. En tout temps, au cours de la relation que vous entretenez avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en soumettant une demande à notre responsable de la confidentialité au vieprivee@securindemnite.com. Vous pouvez notamment choisir de recevoir ou non des sondages sur l'expérience client; accepter ou non de recevoir de l'information et des offres de SécurIndemnit  en fonction des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de la relation que vous entretenez avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits en matière de confidentialité, tels que l'accès à vos renseignements personnels ou leur correction, en envoyant un courriel à notre responsable de la confidentialité au vieprivee@securindemnite.com.

Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.

Au moment de prendre des décisions relatives aux produits et services, S curIndemnit  utilise les renseignements personnels. Ces décisions peuvent être prises à l'aide d'un système de traitement automatisé.

Vous désirez en savoir plus? Veuillez-vous rendre au <https://www.securindemnite.com/fr/la-confidentialite/>.

Part E – Authorization and Declarations / Autorisations Et Déclarations

I hereby:

1. Authorize ClaimSecure, any healthcare provider, my plan administrator, any insurance or reinsurance company, administrators of government benefits or patient support programs or other benefits programs, other organizations, or service providers working with ClaimSecure or any of the foregoing, located inside or outside Canada, to exchange personal information when relevant and necessary for the adjudication of my claim(s).
2. Acknowledge that my personal information will be collected, used, and shared as set out above; and that refusing to consent may result in delay or denial of my request or ClaimSecure not being able to continue to provide me with products and services.
3. Acknowledge that ClaimSecure reserves the right to audit the information provided on this form at any time for purposes that include preventing and detecting fraud and this consent extends to any audit of my claim(s).
4. I authorize ClaimSecure, and persons acting for ClaimSecure, to disclose the information provided on this form to my benefit plan sponsor/employer for the purposes of reporting instances of fraud, waste or abuse suspected by ClaimSecure.
5. Confirm that, where the patient is a person other than myself, the patient has given their consent to provide their personal information and for ClaimSecure to use and disclose it as set out above.
6. Confirm that the information given is true, correct, and complete to the best of my knowledge. Failure to provide true, correct, and complete information on this form could result in a revocation of any approval decision, a requirement to repay paid claims or other appropriate action.
7. Acknowledge that unless assigned to the service provider, any reimbursement of the above charges and explanation of such amounts paid will be provided to me.

ClaimSecure may revise this Consent & Authorization from time to time and will post the most current version on our website at (<https://www.claimsecure.com>). 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 Consent & Authorization. Your continued use of our services after any such changes constitutes your acceptance of the Consent & Authorization as revised.

Par la présente,

1. J'autorise S curIndemnit , tout fournisseur de soins de santé, l'administrateur de mon régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes publics ou de programmes de soutien aux patients ou d'autres programmes de prestations, d'autres organisations ou fournisseurs de services travaillant avec S curIndemnit  ou l'un des éléments mentionnés ci-dessus, situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada, à communiquer des renseignements personnels lorsqu'il est pertinent et nécessaire de le faire pour l'adjudication de ma ou mes demandes de règlement.
2. Je reconnais que mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et partagés comme indiqué ci-dessus; et que le refus de consentir peut entraîner un retard ou un refus de ma demande ou S curIndemnit  pourrait ne plus être en mesure de continuer à me fournir des produits et services.
3. Je reconnais que S curIndemnit  se réserve le droit de vérifier les renseignements fournis sur ce formulaire à tout moment à diverses fins, notamment pour prévenir et détecter la fraude et que ce consentement s'applique à la vérification de ma ou mes demandes de règlement.
4. J'autorise S curIndemnit  et toute personne agissant en son nom à divulguer les renseignements fournis sur ce formulaire au promoteur du régime ou à l'employeur afin de déclarer les demandes de règlement soupçonnées de constituer une fraude, un gaspillage ou un abus par S curIndemnit .
5. Je confirme que, si le patient est une personne autre que moi-même, il a consenti à ce que ses renseignements personnels soient fournis et à ce que S curIndemnit  les utilise et les divulgue comme indiqué ci-dessus.
6. Je confirme qu'à ma connaissance les renseignements fournis sont vrais, exacts et complets. Le défaut de fournir des renseignements véridiques, corrects et complets sur ce formulaire pourrait entraîner la révocation de toute décision d'approbation, l'obligation de rembourser les demandes de règlement payées ou toute autre mesure qui s'impose.
7. Je reconnais que, sauf si le paiement est transféré directement au pourvoyeur du service, tout remboursement et explication des montants pay s me seront envoyés.

S curIndemnit  peut réviser cet énoncé de consentement de temps à autre, et affichera la version la plus récente sur son site Web au (<https://www.securindemnite.com>). 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'énoncé de consentement. L'utilisation continue de nos services après l'une de ces modifications constitue votre acceptation de l'énoncé de consentement révisé.

Date: _____

Member's Signature / Signature du Participant: _____

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

*** Remarque : NE PAS agraffer NI coller les reçus au formulaire de demande de remboursement.***

CLAIMSECURE INC. PO BOX 6500 STN A SUDBURY ON P3A 5N5
S CURINDEMNIT  INC. CP 6500 SUCCRRSALE A SUDBURY ON P3A 5N5

Toll Free Number / No. sans frais: 1-888-513-4464

Email: service@claimsecure.com

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