

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

Compléter 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 # No. du groupe 5801	Certificate # No. de certificat	Member Surname Nom du membre	First Name Prénom	Employer, Union, School Name Nom de l'employeur, de l'union, ou de l'école International Union of Painters and Allied Trades Local 177 Welfare Trust Fund				
Member's Home Address Adresse du participant		Apt #	Street # and Name / No. et nom de la rue		City / Ville	Province	Postal Code Code postal	Preferred Language langue de choix ☐ Eng. ☐ French Ang. Français
Telephone # Home/No. 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 / Initiale du patient	Patient Code / No. code du patient	Patient Code – relationship to member Lien de parenté avec le membre												
		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		OFFICE USE ONLY USAGE INTERNE SEULEMENT
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 and/or dependents for purposes of assessing and paying a benefit if any. 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, Funds Administrative Service Inc. 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 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. J'autorise SécurIndemnité, les professionnels de la santé, les compagnies d'assurance, les administrateurs des programmes d'État ou autres régimes d'assurance, Funds Administrative Service Inc. 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: _____		

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

P.O. Box/C.P. 6500
Stn./Succursale A
Sudbury, Ontario P3A 5N5

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