



# 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 <b>8172</b>	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 <b>Bricklayers &amp; Allied Craftworkers Insurance Benefit Trust Fund of Alberta and Saskatchewan</b>					
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 <input type="checkbox"/> Eng. <input type="checkbox"/> 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				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)	Dispense Date Date de préparation			Dispensing Fee Frais de préparation		Submitted Amount Montant soumis
		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
<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 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.</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 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 Sécurité Indemnité, 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 Sécurité Indemnité, à transmettre toute information nécessaire concernant la demande aux fins d'administration de mon régime d'assurance-santé.</p>	
<p><b>Date:</b> _____ <b>Member's Signature/Signature du Participant:</b> _____</p>		

Please send claim form to the nearest ClaimSecure branch: Soumettre le formulaire de demande au bureau de Sécurité Indemnité 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
---	---	--