

INTEGRATED BENEFIT SERVICES

Extended Health and Drug Claims Transmittal Form Claims Transmittal Form - Drug & Extended Health Care Formulaire pour transmettre les réclamations - Soins médicaux prolongés et médicaments

PLEASE FULLY COMPLETE A, B AND C OF THIS CLAIM FORM AND ATTACH THE ORIGINAL BILLS OR RECEIPTS FOR THE EXPENSES LISTED.

S'IL VOUS PLAÎT COMPLÉTER PARTIE A, B ET C DE CETTE RÉCLAMATION ET JOINDRE VOS REÇUS ORIGINAUX POUR LES FRAIS ENCOURUS.

| PART A - PARTIE A | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------------------|---------------|---------------|---------------------------------------|---------------|---------------|--|--|--|-------------------|
| Patient's first name Prénom du patient | ✓ | Date of Birth Date de naissance | | | Date of Expense Date de traitement | | | Type of Service (Show Rx No for drugs) Genre de traitement (Indiquer No Rx pour médicament) | Name of Drug or identification No. Nom du médicament ou No d'identification | Name of Pharmacy, Practitioner Nom de la pharmacie ou médecin | Amount Montant |
| | | Day Jour | Month Mois | Year Année | Day Jour | Month Mois | Year Année | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| * Relationship to Employee | | M - Member | S - Spouse | C - Child | | TOTAL | | | | | |
| * Parenté avec l'employé(e) | | Membre | Conjoint | Enfant | | | | | | | |

| PART B Employee Information - PARTIE B renseignements sur l'employé(e) | | | | |
|---|---|------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Group No. No de groupe | Employee or Certificate No No du certificat ou de l'employé(e) | Employee Employé(e) | Employer Employeur | |
| | | | | |
| Employee Home Address Adresse particulière de l'employé(e) | | City Ville | Province | Postal Code Code Postal |
| | | | | |

Are you or your spouse entitled to benefits for any of these expenses under any other extended health plan? YES NO
 Est-ce que vous ou votre conjoint bénéficiez de garanties contre certains de ces frais en vertu d'un autre régime d'assurance-santé supplémentaire? OUI NON

Name of carrier / Nom de l'assureur _____ Policy / No de police _____

Name of spouse / Nom du conjoint _____ Spouse's date of birth / Date de naissance du conjoint _____

Is treatment required as a result of an accident? YES NO Est-ce que ce(s) traitement(s) résulte(nt) d'un accident? OUI NON
 If yes, please provide date and details on a separate attachment. Si oui, donnez la date et des précisions sur feuille séparée.

PART C Employee's Statement - PARTIE C Déclaration de l'employé(e)

I hereby certify that the above information is accurate to the best of my knowledge and that all expenses were for services or supplies received by myself or my eligible dependants. I authorize the release of any information relating to the expenses on this form to Integrated Benefit Services and/or the insuring company(ies) of my benefits.
 Par les présentes, je certifie que les renseignements ci-haut sont véridiques au meilleur de ma connaissance, que toutes ces dépenses furent encourues par moi-même ou par mes personnes à charge. J'autorise à divulguer tous renseignements concernant cette réclamation à Integrated Benefit Services et/ou l'assureur(s) de mon régime d'assurance.

DATE _____ EMPLOYEE'S SIGNATURE / SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E) _____

INSTRUCTIONS FOR CLAIM SUBMISSION / DIRECTIVES - PRÉSENTATION DES DEMANDES

Submit Claims To: **Integrated Benefit Services**
 Envoyez à: 888 Regent Street S., Suite 105
 Sudbury, Ontario P3E 6C6