

ASSURE CARD CLAIM FORM
(For Drug Card Claims Only)

All claims under this group benefits plan are submitted through the plan member. We may exchange personal information about claims with the plan member and a person acting on his or her behalf when necessary to confirm eligibility and to mutually manage the claims.

Part 1 – EMPLOYEE INFORMATION – This section **MUST** be completed in full by the employee.

Employer Name: _____

Employee Name: _____

Employee Address: _____
Box No./Apt. No., Number and Street

City or Town _____ Province _____ Postal Code _____

**EMPLOYEE I.D. NO.
FROM YOUR ASSURE
CARD**

1 1

(Please DO NOT submit until all numbers can be reported)

THE
Great-West Life
ASSURANCE COMPANY

Mail completed form to:

Regina Benefit Payments
P.O. Box 4408
Regina SK S4P 3W7

Is this claim an adjustment to a previously paid claim? Yes No

Part 2 – CLAIMANT INFORMATION – THIS SECTION MUST LIST **ALL** CLAIMANT INFORMATION.

IMPORTANT – Original pharmacy receipts **MUST** be attached for drugs being claimed.

Patient Name	Patient Code*	Patient Date of Birth (DD/MM/YY)	Number of Receipts	Amount Charged

*PATIENT CODE: Employee = 01; Spouse = 02; Dependent Child = 03; Overage Student = 04; Disabled Dependent = 05

Part 3 – OVERAGE STUDENT INFORMATION (Patient Code 04)

If your policy provides coverage for overage students, please complete the following:

Name of School: _____

Address of School: _____

Please contact your Employee Benefit Office for further information on this coverage.

Part 4 – CO-ORDINATION OF BENEFITS

Is your spouse covered for these expenses by any other Health Plan, Group Insurance Plan, Workers' Compensation Board or Government Plan? Yes No

If yes, please advise us of the name of the other insuring agency or plan: _____

Group Policy/Plan No.: _____ Cert./I.D. No.: _____

Spouse's day and month of birth: Day _____ Month _____

If this claim has been submitted under another plan, you **MUST** attach the original Explanation of Benefits statement from that plan and the **COPIES** of the receipts.

Part 5 – OUT OF COUNTRY CLAIM

If this claim is for medication purchased outside of Canada please indicate the following:

In what country was the purchase made? _____ Currency used _____

Nature of Illness _____ Purpose of Travelling _____

Date of Departure _____ Actual Return Date _____

At Great-West Life, we recognize and respect the importance of privacy. Personal information that we collect will be used for the purposes of assessing your claim and administering the group benefits plan. I authorize Great-West Life, any healthcare provider, my plan administrator, other insurance or reinsurance companies, administrators of government benefits or other benefits programs, other organizations, or service providers working with Great-West Life to exchange personal information when necessary for these purposes. I authorize the use of my Social Insurance Number for tax reporting purposes and as an identification number where it is required in the administration of the plan. I certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE: _____

FAILURE TO COMPLETE THIS FORM WILL RESULT IN THE CLAIM BEING RETURNED TO YOU. PLEASE KEEP A COPY FOR YOUR RECORDS.

DEMANDE DE RÈGLEMENT – CARTE ASSURE

(Pour les demandes de règlement présentées au moyen d'une carte de médicaments seulement)

Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangeons des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement.

Section 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ – Cette section DOIT être remplie en entier par le salarié.

Nom de l'employeur : _____

Nom du salarié : _____

Adresse du salarié : _____

C.P./N° d'appartement, Numéro et rue

Ville

Province

Code postal

NUMÉRO
D'IDENTIFICATION
CARTE ASSURE

1 1

(Assurez-vous de transmettre le numéro au complet)

LA
Great-West
COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Complétez et envoyez à :

Service des indemnités de Regina
Case postale 4408
Regina (Saskatchewan) S4P 3W7

S'agit-il d'un ajustement pour une demande de règlement déjà payée? Oui Non

Section 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR – CETTE SECTION DOIT INDICHER **TOUS** LES RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR. IMPORTANT – L'Original des factures de médicaments **DOIT** être joint à la demande de règlement.

Nom du patient	Code du patient*	Date de naissance du patient (JJ/MM/AAAA)	Nombre de reçus	Montant

*CODE DU PATIENT : Salarié = 01; Conjoint = 02; PAC sous l'âge maximum = 03; Étudiant dépassant l'âge maximum = 04; PAC invalide = 05

Section 3 – ÉTUDIANT DÉPASSANT L'ÂGE MAXIMUM (Code du patient 04)

Si votre police comporte une couverture pour étudiant dépassant l'âge maximum, veuillez compléter la présente section :

Nom de l'institution d'enseignement : _____

Adresse de l'institution : _____

Veuillez communiquer avec votre bureau des avantages sociaux afin d'obtenir plus de renseignements sur la présente section.

Section 4 – COORDINATION DES PRESTATIONS

Votre conjoint est-il couvert par un autre régime d'assurance-maladie, d'assurance collective, de prestations d'accidents du travail ou par un régime gouvernemental? Oui Non

Le cas échéant, inscrivez le nom du régime ou de l'assureur : _____

Numéro de la police collective/du régime collectif : _____ N° de certificat/d'identification : _____

Date de naissance du conjoint : Jour _____ Mois _____

Si vous avez soumis cette demande de règlement à un autre régime d'assurance, vous **DEVEZ** joindre la copie originale du Détail du règlement de ce régime et les **COPIES** des reçus.

Section 5 – DEMANDES DE RÈGLEMENT POUR DES FRAIS ENGAGÉS À L'ÉTRANGER

Si la demande de règlement concerne des médicaments achetés dans un autre pays, vous devez compléter la présente section :

Nom du pays où les médicaments ont été achetés : _____ Devise monétaire du pays : _____

Nature de la maladie : _____ But du voyage : _____

Date du départ : _____ Date réelle du retour : _____

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, aux fins précitées. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

SIGNATURE DU SALARIÉ : _____ DATE : _____

LE FORMULAIRE VOUS SERA RETOURNÉ S'IL N'EST PAS REMPLI ENTIÈREMENT. CONSERVEZ UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS.