

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: CARLETON UNIVERSITY

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

5 1 8 0 1

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

THE
Great-West Life
ASSURANCE COMPANY

Mail completed form to:
Winnipeg Benefit Payments
P.O. Box 3050
Winnipeg MB R3C 0E6

Do you want any unpaid portion of your claim processed through your HealthCare Spending account? (if applicable) Yes No

If patient is other than employee's spouse or child under 21, is employee entitled to claim a medical expense tax credit under the Income Tax Act (Canada) in respect of the patient? Yes No

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, located within or outside of Canada, to exchange personal information when necessary for these purposes. I understand that personal information may be subject to disclosure to those authorized under applicable law within or outside Canada. 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 ASSURÉ

(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 : UNIVERSITÉ CARLETON

Nom du salarié : _____

Adresse du salarié : _____

C.P./N° d'appartement, Numéro et rue

Ville

Province

Code postal

**NUMÉRO
D'IDENTIFICATION
CARTE ASSURÉ**

1 1

5 1 8 0 1

(Assurez-vous de transmettre le numéro au complet)

**LA
Great-West**
COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Complétez et envoyez à :

Indemnités Winnipeg
Case postale 3050
Winnipeg (Manitoba) R3C 0E6

Souhaitez-vous que toute portion non remboursée au titre de la présente demande le soit au titre de votre Compte de gestion des dépenses santé? (s'il y a lieu) Oui Non

Si le patient n'est pas le conjoint du salarié ou un enfant de moins de 21 ans, le salarié a-t-il droit à un crédit d'impôt pour frais médicaux aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada à l'égard du patient? Oui Non

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

Section 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR – CETTE SECTION DOIT INDIQUER 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 de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. 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.