



DRUG CLAIMS TRANSMITTAL FORM / FORMULAIRE DE TRANSMISSION DES RÉCLAMATIONS DE MÉDICAMENTS

Complete Sections A, B and C in full
Attach original receipts for expenses listed below

Remplir 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 # N°. du groupe	Certificate # N°. de certificate	Member Surname Nom du participant	First Name Prénom	Employer, Union, School Name Nom de l'employeur, du syndicat, ou de l'école					
Member's Home Address Adresse du participant	Apt. #	Street # and Name N°. et nom de la rue	City Ville	Province	Postal Code Code postal	Preferred Language Langue de choix English / Français Anglais / Français			
Telephone # Home: N°. telephone à domicile:	()	Work: Travail:	()	Email:					

Do you want any unpaid balance from this claim reimbursed from your health service spending account (if eligible)? Yes No

Désirez-vous que les frais non remboursés de cette réclamation soient payés directement de votre compte de soins santé (si admissibles)? Oui Non

Note: Photocopies of receipts will ONLY be accepted for Co-Ordination of Benefits (C.O.B.)
Please submit receipts along with an original "Explanation of Benefits" from your other drug carrier.
Please indicate if this is a C.O.B. claim YES NO

A noter: Les photocopies des reçus seront seulement acceptées pour les coordinations de prestations (C.O.B.) avec un relevé des prestations original 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 / Initiales du patient	Patient Code / N°. code du patient	Patient Code – relationship to member Lien de parenté avec le participant			Member Participant – 00	Spouse Conjoint – 01	Child Enfant - 02	Dispense Date Date de préparation			Dispensing Fee Frais de préparation	Submitted Amount Montant soumis	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)	Day / Jour	Mo / Mo	Yr / An	Day / Jour	Mo / Mo	Yr / An		
		Day / Jour	Mo / Mo	Yr / An											

Part C – Member Statement / Déclaration du participant	
<p>I certify that I have read and understood the Grandeur Privacy Policy posted on Grandeur Group Benefits Inc.'s ("Grandeur") website at http://grandeurbenefits.com/ (the "Policy") and I consent to the collection, use and disclosure of my personal information for the purposes of group benefits plan administration, including, adjudicating, assessing and processing my claim, audit, investigation, underwriting or determining plan eligibility, and for communicating with me about my claim ("Purposes"). I certify that the above information is true and complete and that the claimed costs and/or charges were paid for goods and services received by me, my spouse or my eligible dependents. I certify that I am authorized by my dependents to disclose and receive information about my dependents for the Purposes. I acknowledge that unless assigned to the service provider, any reimbursement of the claimed charges and explanation of such amounts paid will be provided to the benefit plan member identified in this claim form. I authorize Grandeur, healthcare professionals, insurers, administrators of government or other benefit plans, and other service providers working with Grandeur to release and exchange necessary personal information regarding this claim for the Purposes. I authorize Grandeur, and persons acting for it, to disclose any relevant personal information contained in this claim, to the benefit plan sponsor/employer for the Purposes. I acknowledge and agree that under certain circumstances Grandeur, or persons acting on its behalf, may be required by applicable law to disclose personal information contained in this claim to others without my knowledge or consent, or the consent of the individual to whom the personal information in this claim relates. In all other circumstances, Grandeur will only disclose my personal information, or the personal information of my dependents, in accordance with the Privacy Policy posted on Grandeur's website at http://grandeurbenefits.com/. We may revise the Privacy Policy from time to time, and will post the most current version on our website at http://grandeurbenefits.com/. Please check back from time to time to ensure that you are aware of any changes and are using the most recent version of the Privacy Policy. We will indicate at the top of the page the date the Privacy Policy was last revised. Your continued use of the attached claims form and the related website after any such changes constitutes your acceptance of the Privacy Policy as revised.</p>	<p>J'affirme avoir lu et compris la Politique de confidentialité de Grandeur affichée sur le site Web Grandeur Group Benefits Inc. (« Grandeur ») à l'adresse http://grandeurbenefits.com/ (la « Politique ») et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels pour les besoins de l'administration du régime de prestations collectif, y compris l'examen, l'évaluation et le traitement de ma demande d'indemnité, la vérification, la garantie ou la détermination quant à l'admissibilité au régime ainsi que l'enquête à ce sujet, et les communications avec moi en ce qui concerne ma demande d'indemnité (les « Fins visées »). Je certifie que l'information ci-dessus est véridique et complète et que les frais ou les coûts réclamés ont été payés pour des produits et des services reçus par moi-même, mon/ma conjoint(e) ou mes personnes à charge admissibles. J'atteste que mes personnes à charge m'ont autorisé à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet, aux Fins visées. Je reconnais que, sauf si le paiement est cédé au fournisseur de services, tout remboursement des frais réclamés et toute explication au sujet des montants payés seront envoyés au participant au régime de prestations mentionné dans le présent formulaire de demande d'indemnité. J'autorise Grandeur, les professionnels de la santé, les assureurs, l'administration publique ou d'autres régimes de prestations ainsi que d'autres fournisseurs de services qui collaborent avec Grandeur à divulguer et à échanger tout renseignement personnel pertinent concernant cette demande d'indemnité, aux Fins visées. J'autorise Grandeur ainsi que toute personne agissant en son nom à divulguer tout renseignement personnel pertinent contenu dans cette demande d'indemnité au promoteur du régime de prestations ou à l'employeur, aux Fins visées. Je déclare et conviens que, dans certaines circonstances, Grandeur ou les personnes agissant en son nom peuvent être tenus, en vertu du droit applicable, de divulguer des renseignements personnels contenus dans cette demande d'indemnité, à mon insu et sans mon consentement ou sans le consentement de la personne à qui les renseignements personnels contenus dans cette demande d'indemnité se rapportent. En toute autre circonstance, Grandeur ne divulguera que mes renseignements personnels ou ceux de mes personnes à charge, conformément à la Politique de confidentialité affichée sur le site Web de Grandeur à l'adresse http://grandeurbenefits.com/. Nous pouvons réviser la Politique de confidentialité de temps à autre, et nous afficherons la version la plus récente sur notre site Web à l'adresse http://grandeurbenefits.com/. Veuillez consulter ce dernier régulièrement pour vous assurer de demeurer au fait de toute modification et d'utiliser la plus version la plus récente de la Politique de confidentialité. Au haut de la page, nous indiquerons la date de la dernière révision de la Politique de confidentialité. L'utilisation continue que vous faites du formulaire de demande d'indemnité ci-joint et du site Web connexe signifie que vous acceptez la Politique de confidentialité révisée.</p>
Date: _____	Member's Signature / Signature du Participant: _____

Please send claim form to:
Soumettre le formulaire de demande à:

*** Note: Do NOT staple or tape receipts to the claim form ***

Toll Free Number / No. sans frais:

GRANDEUR GROUP BENEFITS

1-833-602-4424

41175 - 4141 Dixie Road Mississauga, ON L4W 5C9

Email:
service@grandeurbenefits.com