

HEALTH CLAIM FORM – Contract: 165069

SECTION 1 – Member Information (Student)

معلومات المبتعث

Member Name (Last Name, First Name):		Certificate Number:
Address:		Apt.:
		Telephone Number:
City:	Province:	Postal Code:

SECTION 2 – Patient Information

معلومات المريض

Patient Name (Last Name, First Name):		Date of Birth (dd/mm/yyyy):		
Relationship to Member:	Self <input type="checkbox"/>	Spouse <input type="checkbox"/>	Dependent Child <input type="checkbox"/>	Accompanying Person <input type="checkbox"/>

SECTION 3 – Authorization (To be completed by member)

تفويض (يتم إكمالها من قبل المبتعث)

The member must sign section "A" الإمضاء على القسم "A"

A) Certification: I, the undersigned, certify that the information I am submitting to the Cigna Life Insurance Company of Canada ("Cigna") in support of my claim, is true and complete, to the best of my knowledge and belief. I understand that Cigna may investigate my claim by collecting additional relevant personal information from me and if required, from third parties.

Authorization: I authorize, for a period of not less than twelve (12) and not more than twenty-four (24) months from the date hereof, any employer, physician, practitioner, health care professional, hospital, health care institution, medical organization, clinic and any other medical or medically related facility, insurance company, workers compensation board or similar plan or organization, benefit plan administrator, federal, territorial or provincial government department, or any other corporation or organization, institution or association, to release and exchange with Cigna, or its representatives, all medical or benefit payment information or any other information or records in its possession that Cigna may hold or request while administering this claim. I agree that a photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

Date: _____ Member signature: _____

If the payment is to be made to the provider, please also sign section "B" إذا كان الدفع مباشرة إلى مقدم الخدمة، الرجاء الإمضاء على القسم "B" أيضاً

B) I hereby assign my benefits payable from this claim to the named provider and authorize payment directly to him/her.

Date: _____ Member signature: _____

SECTION 4 – Provider Information (To be completed by provider)

معلومات مقدم الخدمة

Provider Name:		Specialty:		
Address:				Postal Code:
Provider I.D. Number:				Telephone Number:

SECTION 5 – Statement of Services (To be completed by provider)

معلومات عن الخدمات الطبية

Service Date	Description of Service	Provincial Code (plus time units, if applicable)	Charge	Diagnosis

I declare that the above is a correct statement of services rendered.

Date: _____ Provider's Signature: _____

Note: *Physicians and Hospitals must provide the diagnosis
*Dentists: a Standard Claim Form is preferred, complete with codes for services rendered.

DIRECT ALL CLAIMS AND INQUIRIES TO:
SACB-HDP Claims Administrator
700-1420 Blair Place
Ottawa (ON) K1J 9L8
Email: clients@sacb-hdp.com
Tel.: 1-888-663-6623 Fax: 613-741-7771

DEMANDE DE RÈGLEMENT SOINS DE SANTÉ – Contrat : 165069

SECTION 1 – Renseignements sur le membre (Étudiant)

معلومات المبتعث

Nom du membre (Nom, Prénom) :		Numéro de certificat :	
Adresse :		App. :	
		Numéro de téléphone :	
Ville :	Province :	Code postal :	

SECTION 2 – Renseignements sur le patient

معلومات المريض

Nom du patient (Nom, Prénom) :			Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	
Lien de parenté avec le membre :	Membre <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant à charge <input type="checkbox"/>	Personne accompagnante <input type="checkbox"/>

SECTION 3 – Autorisation (À remplir par le membre)

تفويض (يتم إكمالها من قبل المبتعث)

Le membre doit être signée la section "A"

الإمضاء على القسم "A"

A) Certification : Je soussigné, certifie que les renseignements que je soumetts à Cigna Life Insurance Company du Canada (« Cigna »), en guise d'appui à ma demande, sont véridiques et complets, au meilleur de ma connaissance. AVIS : Je comprends que Cigna peut enquêter sur ma réclamation en effectuant une collecte de renseignements personnels supplémentaires pertinents auprès de moi-même et si nécessaire auprès de tiers.

Autorisation : J'autorise, pour une période minimale de douze (12) mois et maximale de vingt-quatre (24) mois à partir de la date de la présente, tout employeur, médecin, praticien, professionnel des soins de santé, hôpital, institution de soins de santé, agence médicale, clinique et tout autre établissement oeuvrant dans le domaine médical, compagnie d'assurance, commission de la santé et de la sécurité au travail ou régime ou organisme similaire, administrateur de régime de prestations, ministère fédéral, territorial ou provincial, ou toute autre corporation ou agence, institution ou association, à divulguer et échanger avec Cigna ou ses représentants, tout renseignement concernant le versement d'indemnités ou informations médicales, ou tout autre information ou dossier que Cigna pourrait détenir ou demander dans le processus de traitement de cette réclamation. Je conviens qu'une photocopie de cette autorisation est aussi valide que la copie originale.

Date : _____ Signature du Membre : _____

Si le remboursement doit être fait au fournisseur, signez également la section "B" إذا كان الدفع مباشرة إلى مقدم الخدمة، الرجاء الإمضاء على القسم "B" أيضاً

B) Je cède au fournisseur nommé dans la présente les indemnités payables au titre de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.

Date : _____ Signature du Membre : _____

SECTION 4 – Renseignements sur le fournisseur (À remplir par le fournisseur)

معلومات مقدم الخدمة

Nom du fournisseur :		Spécialité :	
Adresse :		Code postal :	
Numéro de fournisseur :		Numéro de téléphone :	

SECTION 5 – Relevé des services (À remplir par le fournisseur)

معلومات عن الخدمات الطبية

Date de prestation du service	Description du service	Code provincial (plus unités de temps, le cas échéant)	Frais	Diagnostic

Je déclare que ce qui précède s'agit d'une déclaration correcte des services rendus.

Date : _____ Signature du Fournisseur : _____

N.B. : *les **médecins** et les **hôpitaux** doivent inscrire le diagnostic.

***Dentistes** : un formulaire de réclamation standard serait préférable, avec les codes pour les services rendus.

LES DEMANDES DE RÈGLEMENT ET DE RENSEIGNEMENTS DOIVENT ÊTRE ADRESSÉES À :

Administrateur des demandes de règlement du régime SACB-HDP

700-1420 place Blair

Ottawa, Ontario K1J 9L8

Adresse courriel : clients@sacb-hdp.com

Tél. : 1-888-663-6623 Téléc. : 613-741-7771