

1

Employee Information

Firm Name _____ Firm # _____
 Employee's Full Name _____ Certificate # _____
 Address _____
Apartment/Street City / Town Province Postal Code
 Phone # () _____ Date of Birth _____ Male Female
Day Month Year

2

Co-ordination of Benefits

Across the insurance industry, benefit payments are coordinated to ensure the appropriate plan considers a claim first. If you and your dependents are covered by two or more group plans (including employer-sponsored and university student benefits), send your claims to the patient's own plan first. When a child is covered under both parents' plans, make your first claim under the plan of the parent whose **day** of birth falls earlier in the calendar year.

Call the service center for clarification if you're unsure which plan to turn to first: **1-800-893-7587**

1. Are any of the expenses claimed covered by another group insurance plan?
 No Yes: provide the following information about **the person who is the employee under the other plan:**
 Full Name _____
 Certificate/ID # _____ Date of Birth _____
Day Month Year
 Insurance Company's Name _____ Policy/Plan # _____

2. If your health coverage under another group insurance plan has been cancelled, when did that coverage end: _____
Day Month Year

3

Accident Information

Are any of the expenses claimed due to an accident? No Yes: did the accident happen at work? No Yes
 Please provide a letter

- explaining the details of the accident, and
- indicating if another party is liable.

 Date of the accident _____
Day Month Year

4

Drug Expenses

Patient's Name	Date of Birth			Number of Receipts Per Patient	Total Drug Amount Charged Per Patient
	D	M	Y		
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
A: TOTAL DRUG EXPENSES					\$

5

Health Expenses Other Than Drugs

Patient's Name	Date of Birth			Type of Expense	Amount Charged for Each Expense	Date of Visit or Purchase			Practitioner's or Supplier's Name
	D	M	Y			D	M	Y	
					\$				
					\$				
					\$				
					\$				
B: TOTAL OF OTHER EXPENSES					\$				

WE NEED YOUR ORIGINAL RECEIPTS, **OR** THE EXPLANATION OF BENEFIT STATEMENT AND COPIES OF RECEIPTS FROM ANY PLAN THAT HAS ALREADY PAID A PORTION OF THE EXPENSE, TO PROCESS YOUR CLAIM. PLEASE STAPLE YOUR RECEIPTS OR STATEMENT WITH COPIES TO THE OTHER SIDE OF THIS FORM.

TOTAL EXPENSES A+B

6

Authorization

I certify that the information given on this form is true, correct and complete to the best of my knowledge. I authorize the exchange of any information necessary for the administration of this claim. Parties to this exchange may include Maximum Benefit (Johnston Group Inc.) or its agents, pharmacies, physicians and dentists. A copy of this authorization is as valid as the original.

Employee's Signature _____ Date _____

ALL INFORMATION ON THIS FORM WILL BE TREATED AS CONFIDENTIAL

1

Renseignements de l'employé

Nom de l'entreprise _____ N° d'entreprise _____
 Nom au complet de l'employé _____ N° de certificat _____
 Adresse _____
 N° de téléphone () _____ App./rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Date de naissance _____ / _____ / _____ Homme Femme
Jour Mois Année

2

Coordination des prestations

Dans le secteur de l'assurance, les versements des prestations sont coordonnés pour que ce soit le bon régime qui verse une prestation en premier. Si vous ou une personne à votre charge êtes couvert par plus d'un régime d'assurance collective (dont un régime offert par l'employeur ou un régime pour étudiants universitaires), faites parvenir en premier vos demandes de règlement au régime de la personne ayant reçu les soins ou les services. Lorsqu'un enfant est couvert par les régimes de ses deux parents, la première demande de règlement doit être envoyée au régime du parent dont la **date** d'anniversaire tombe le plus tôt dans l'année civile.

Si vous n'êtes pas certain du régime qui doit rembourser les frais en premier, communiquez avec le Centre national de service pour vous informer: **1-888-558-7609**

1. Certains des frais susmentionnés sont-ils couverts par un autre régime collectif?
 Non Oui : Fournissez des renseignements sur **la personne qui est employé ou membre sous l'autre régime:**

Nom de l'employé _____
 Matricule _____ Date de naissance _____ / _____ / _____
Jour Mois Année
 Nom de la compagnie d'assurance _____ N° de la police ou du régime _____

2. Si vous étiez couvert par un autre régime collectif de soins de santé et que les avantages ne soient plus en vigueur, précisez la date où ils ont pris fin: _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

3

Renseignements sur l'accident

Certains des soins susmentionnés sont-ils requis par suite d'un accident? Non Oui : Est-ce que l'accident s'est produit au travail? Non Oui
 Veuillez présenter une lettre

- expliquant les détails de l'accident et
- indiquant si un tiers est responsable.

 Date de l'accident _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

4

Frais de médicaments

Nom du patient	Date de naissance			Nombre de reçus par patient	Total des frais de médicaments par patient
	J	M	A		
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
A: TOTAL					\$

5

Autres frais médicaux (À l'exception des frais de médicaments)

Nom du patient	Date de naissance			Genre de frais	Montant des frais	Date des visites ou de l'achat			Nom du professionnel de la santé ou du fournisseur
	J	M	A			J	M	A	
					\$				
					\$				
					\$				
					\$				
B: TOTAL DES AUTRES FRAIS					\$				

POUR QUE NOUS PUISSIONS TRAITER VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT, VOUS DEVEZ NOUS FAIRE PARVENIR LES REÇUS ORIGINAUX OU LE RELEVÉ DES PRESTATIONS ET UNE COPIE DES REÇUS DE TOUT RÉGIME DONT VOUS AUREZ REÇU UN REMBOURSEMENT DES FRAIS. VEUILLEZ AGRAFER LES REÇUS OU LE RELEVÉ ACCOMPAGNÉ DES COPIES AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE.

TOTAL DES FRAIS A+B

6

Autorisation J'atteste qu'au mieux de ma connaissance, les renseignements indiqués dans le présent formulaire sont exacts et complets. J'autorise l'échange des renseignements nécessaires pour le traitement de ma demande de règlement. Les parties à l'échange peuvent comprendre Avantage Maximum (Johnson Group Inc.) ou ses représentants, des pharmacies, des médecins et des dentistes. Une copie de la présente autorisation est aussi valide que l'originale.

Signature de l'employé _____ Date _____

TOUS LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR CETTE FORMULE SONT CONFIDENTIELS.