

HEALTH CARE CLAIM FORM – Policy 165095
SECTION 1 – Member Information (To be completed by member)
Member Name (Last Name, First Name):

Certificate Number:	Date of Birth (dd/mm/yyyy):	Daytime Telephone Number:
Street Address:		Apt.:
City:	Province:	Postal Code:

SECTION 2 – Authorization (To be completed by member)

Note: If payment is to be made directly to the **provider**, both authorizations (A & B) must be signed.

A) I hereby certify that the information enclosed is true and correct and that all expenses listed were incurred only by the patient indicated. At Cowan Insurance Group, we know that confidentiality of personal information is important. Any information you provide to us will be kept in health benefit files. Use and disclosure of your information will be limited to our employees and organizations authorized by Cowan Insurance Group, in the delivery of our products and services to you, persons to whom you have granted access, including health care providers, administrators, consultants and medical professionals and persons authorized by law. You have the right to request access to personal information in your file, and, if necessary, correct any inaccurate information. I authorize Cowan Insurance Group to collect, use and disclose personal information concerning me and/or my dependent(s) for the purpose of administering my health benefits in accordance with Cowan Insurance Group's Privacy Policy, available at www.cowangroup.ca or by request.

Date: _____ **Member Signature:** _____

B) I hereby authorize Cowan Insurance Group to make payment to the **Provider** indicated below.

Date: _____ **Member Signature:** _____

SECTION 3 – Provider Information (To be completed by provider)

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

SECTION 4 – Statement of Services (To be completed by provider)

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:

Cowan Insurance Group
700-1420 Blair Place
Ottawa (ON) K1J 9L8
clients@cowangroup.ca
Tel.: 1-855-896-0808 Fax: 613-741-7771

FORMULARIO DE REEMBOLSO POR PRESTACIONES MÉDICAS – Póliza 165095**SECCIÓN 1 – Información del miembro (Debe completarla el miembro)**

Nombre del miembro (Apellido, primer nombre):

Número de certificado:	Fecha de nacimiento (día/mes/año):	Número telefónico en horario diurno:
Dirección:		Apto.:
Ciudad:	Provincia:	Código postal:

SECCIÓN 2 – Autorización (Debe completarla el miembro)Nota: Si el pago debe realizarse de manera directa al **proveedor**, se deben firmar ambas autorizaciones (A y B).

A) Por el presente certifico que la información adjunta es verdadera y correcta y que todos los gastos que están enumerados fueron los realizados por el paciente especificado únicamente. En Cowan Insurance Group sabemos que la confidencialidad de la información personal es importante. Cualquier información que nos proporcione se mantendrá en los expedientes de prestaciones médicas. La información será utilizada y divulgada únicamente a nuestros empleados y a las organizaciones autorizadas por Cowan Insurance Group al prestarle a usted nuestros servicios y productos, a personas a las que usted les haya otorgado acceso, incluidos proveedores para la atención de la salud, administradores, consultores, profesionales médicos y personas autorizadas por ley. Usted tiene el derecho de solicitar acceso a la información personal de su expediente y, de ser necesario, corregir cualquier información incorrecta. Autorizo a Cowan Insurance Group a recolectar, utilizar y divulgar información personal relacionada con mi persona o con mis dependientes con el propósito de administrar mis prestaciones de salud de acuerdo con la Póliza de Privacidad de Cowan Insurance Group disponible en www.cowangroup.ca o a solicitud del interesado.

Fecha: _____ Firma del miembro: _____

B) Por el presente autorizo a Cowan Insurance Group a realizar pagos al **proveedor** que se indica a continuación.

Fecha: _____ Firma del miembro: _____

SECCIÓN 3 – Información del proveedor (Debe completarla el proveedor)

Nombre del proveedor:		Especialidad:	
Dirección:			Código postal:
Número de proveedor asignado por Cowan			Número telefónico:

SECCIÓN 4 – Declaración de servicios (Debe completarla el proveedor)

Fecha del servicio	Descripción del servicio	Código provincial (más unidades de tiempo si aplicanble)	Gastos	Diagnóstico

Declaro que la información que antecede es correcta conforme a los servicios prestados.

Fecha: _____ Firma del proveedor: _____

Nota: *Los médicos y los hospitales deben proporcionar el diagnóstico.

*En prestaciones dentales se recomienda proporcionar un Formulario de reembolso estándar completo con todos los códigos de los servicios brindados.

ENVÍE TODAS LAS RECLAMACIONES Y PREGUNTAS A:

Cowan Insurance Group
700-1420 Blair Place
Ottawa (ON) K1J 9L8
clients@cowangroup.ca
Tel.: 1-855-896-0808 Fax: 613-741-7771