



# VISION CARE STATEMENT OF CLAIM

MAIL ALL CLAIM FORMS TO:  
BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED  
38 Solutions Drive, Suite 100  
Ravine Centre Two  
Halifax, Nova Scotia B3S 0H1

BENEFIT PLAN ADMINISTERED BY:  
BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED

## To be completed by Member

Company Name		Local No.	
Member's Name		Identification Number	Date of Birth Day Mo. Yr.
Member's Address No. and Street City Province Postal Code		Telephone No. ( )	
IS THIS A CHANGE OF ADDRESS FROM YOUR LAST CLAIM SUBMISSION: YES( ) NO ( ). IF YES, PLEASE ADVISE EFFECTIVE DATE OF CHANGE: DD / MM / YY			
If Dependent Claim, Name of Dependent		Relationship	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date of Birth Day Mo. Yr.
DO YOU HAVE ANY OTHER VISION CARE COVERAGE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IF YES, PLEASE COMPLETE			
INSURER'S NAME		GROUP NO.	POLICY NO.
		EMPLOYER'S NAME	
IF CLAIM IS FOR A DEPENDENT CHILD INDICATE SPOUSE'S DATE OF BIRTH Day Mo. Yr.			

## To be completed by Supplier

Prescribed by  Ophthalmologist  Optometrist Patient Name \_\_\_\_\_  
 Prescription Details Is this a change in prescription?  Yes  No

	Sphere	Cylinder	Axis	Prism	Base	Seg Height	Frame and Colour
R							Eye Size
L							
A	R	Tint (Specify Colour & No.)		Type of Bifocal	Type of Trifocal	Manufacturer or Supplier	
D							
D	L	1	2				

- Plastic  Heat Hardened  Chemically Hardened

For additional information re: complications etc.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Breakdown of extra charges:** (e.g. oversize, photogrey, case, etc.)

Miscellaneous:	Transfer items to misc. below:
1. _____	Amount:
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
	_____

**Supplier** Day Month Year  
    
 Date of Service

Name \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 City/Town \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telephone No. \_\_\_\_\_  
 Postal Code

Optometrist  Optician Signature \_\_\_\_\_

**Charges**

Frame	
Lenses	
Fee	
Misc. 1.	
Misc. 2.	
Misc. 3.	
Total	

## PLEASE ATTACH PAID RECEIPT

I certify that the above information is true, correct and complete. I authorize Benefit Plan Administrators (Atlantic) Limited ("BPA") to collect and use personal information about me and/or my eligible dependents to process this claim and administer my benefit plan. I am aware BPA will keep my personal information confidential and safeguarded.

I am aware that BPA will only release personal information to my eligible dependents specific to their benefit entitlements. I understand that my personal information (and the personal information of my eligible dependents) may only be shared with health care practitioners, medical facilities, providers of health care/dental services or benefits administration services, provincial health insurance plans, insurance carriers, government agencies, and auditing or independent investigative organizations in order to verify eligibility for my benefit entitlements.

I understand that my social insurance number will be kept in strictest confidence and will only be used for income tax reporting purposes and to match my information with the correct member file. I consent to the collection, use and disclosure of personal information as stated above.

Member's Signature \_\_\_\_\_ Date (DD / MM / YY) \_\_\_\_\_

**POSSESSION OF THIS CLAIM FORM DOES NOT CONSTITUTE ELIGIBILITY FOR BENEFITS**

SHEVC-NL



## DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS OCCULAIRES

POSTER TOUS LES FORMULAIRES DE DEMANDE À:  
BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED  
38 Solutions Drive, Suite 100  
Ravine Centre Two  
Halifax, Nova Scotia B3S 0H1

RÉGIME DE PRESTATIONS GÉRÉ PAR:  
BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED

### Section à remplir par le membre

Nom de la compagnie		N° du local	
Nom du membre		N° D'identification	Date de naissance Jour Mois Année
Adresse du membre		N° du téléphone ( )	
N° et rue	Ville	Province	Code Postal
Depuis votre dernière demande de règlement, est-ce que ceci est un changement d'adresse? OUI ( ) NON ( ). Si oui, s'il vous plaît, veuillez nous aviser de la date effective du changement d'adresse __JJ / MM / AA			
Si vous réclamez pour une personne à charge, donnez le nom de la personne		Lien de parenté	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
			Date de naissance Jour Mois Année
AVEZ-VOUS UNE AUTRE ASSURANCE DE SOINS OCCULAIRES? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, VEUILLEZ REMPLIR			
NOM DE L'ASSUREUR	N° DU GROUPE	N° DE LA POLICE	NOM DE L'EMPLOYEUR
SI LA DEMANDE EST FAITE POUR UN ENFANT À CHARGE, INDIQUER LA DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE Jour _____ Mois _____ Année _____			

### Section à remplir par le fournisseur

Prescrit par  Ophtalmologue  Optométriste Nom du patient \_\_\_\_\_  
Détails de la prescription Est-ce un changement de prescription?  Oui  Non

	Sphère	Cylindre	Axe	Prisme	Base	Hauteur seg.	Monture et couleur
D							Dimensions de l'oeil
G							
AJOUT	D	Teinte (indiquer couleur et le n°)		Type de double foyer	Type de triple foyer	Fabricant ou fournisseur	
	G	1	2				

Plastique  Durci à la chaleur  Durci chimiquement

Renseignements additionnels au sujet de complications, etc.

#### Détails de frais supplémentaires:

(par ex. surdimensions, gris photosensible, étui, etc.)

Divers:	Transférer dans Divers ci-dessous:
Montant:	Montant:
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____

### Fournisseur

Jour Mois Année  
       
Date du service

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville Prov. ( ) N° de téléphone \_\_\_\_\_

Code Postal

Optométriste  Opticien Signature \_\_\_\_\_

### Frais

Monture	
Lentilles	
Honoraires	
Divers 1	
Divers 2	
Divers 3	
Total	

### VEUILLEZ ANNEXER LE REÇU PORTANT LA MENTION PAYÉ

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques, exacts et complets. J'autorise Benefit Plan Administrators (Atlantic) Limited («BPA») à recueillir et à utiliser des renseignements personnels qui me concernent ou qui concernent mes personnes à charge admissibles aux fins de traitement de cette demande de règlement et d'administration de mon régime de prestations. Je sais que BPA s'engage à respecter le caractère confidentiel de ces renseignements personnels et à les protéger au moyen de mesures de sécurité.

Je sais que seuls les renseignements personnels pertinents à leurs droits de prestations seront communiqués par BPA à mes personnes à charge admissibles. Il est entendu que les renseignements personnels qui me concernent (et ceux qui concernent mes personnes à charge admissibles) ne peuvent être communiqués qu'à des professionnels de la santé, établissements médicaux, fournisseurs de soins de santé/soins dentaires ou fournisseurs de services d'administration des prestations, régimes provinciaux d'assurance-maladie, sociétés d'assurance, organismes gouvernementaux, et organismes de vérifications ou d'enquête externes, et ceci aux fins de vérification de l'admissibilité aux prestations.

Il est entendu que mon numéro d'assurance sociale demeurera strictement confidentiel et qu'il sera utilisé seulement aux fins de déclaration d'impôt sur le revenu et pour déterminer si les renseignements qui me concernent correspondent avec le dossier du participant approprié. Je donne mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels, tel qu'il est indiqué ci-dessus.

Signature du membre \_\_\_\_\_ Date (JJ / MM / AA) \_\_\_\_\_

**LE FAIT D'AVOIR CE FORMULAIRE EN SA POSSESSION NE REND PAS UNE PERSONNE AUTOMATIQUEMENT ADMISSIBLE AUX PRESTATIONS.**