

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 _____ | | Telephone No. _____ | |
| No. and Street _____ | City _____ | Province _____ | Postal Code _____ () |
| 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.) | | Transfer items to misc. below: |
| Miscellaneous: | Amount: | |
| 1. _____ | \$ _____ | |
| 2. _____ | \$ _____ | |
| 3. _____ | \$ _____ | |
| 4. _____ | \$ _____ | |
| | | _____ |

| | |
|--|---|
| Supplier Day Month Year <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> Date of Service _____ Name _____ Address _____ City/Town _____ Prov. _____ Telephone No. _____ Postal Code <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <input type="checkbox"/> Optometrist <input type="checkbox"/> 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) _____

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 <input type="checkbox"/> Ophthalmologue <input type="checkbox"/> Optométriste | | | | | | Nom du patient _____ | |
| Détails de la prescription | | | | | | Est-ce un changement de prescription? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| | Sphère | Cylindre | Axe | Prisme | Base | Hauteur seg. | |
| D | | | | | | Monture et couleur | |
| G | | | | | | Dimensions de l'oeil | |
| AJOUT | D | Teinte (indiquer couleur et le n°) | | Type de double foyer | | Type de triple foyer | |
| | G | 1 2 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Plastique <input type="checkbox"/> Durci à la chaleur <input type="checkbox"/> Durci chimiquement | | | | | | Fabricant ou fournisseur | |
| Renseignements additionnels au sujet de complications, etc. | | | | | | Détails de frais supplémentaires: (par ex. surdimensionnés, gris photosensible, étui, etc.) | |
| | | | | | | Transférer dans Divers ci-dessous: | |
| | | | | | | Montant: | |
| | | | | | | 1. \$ _____ | |
| | | | | | | 2. \$ _____ | |
| | | | | | | 3. \$ _____ | |
| | | | | | | 4. \$ _____ | |
| | | | | | | _____ | |

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|-----------------------|
| Fournisseur | Jour | Mois | Année |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Date du service | | |
| Nom _____ | | | |
| Adresse _____ | | | |
| Ville _____ | | Prov. _____ | N° de téléphone _____ |
| Code Postal <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> 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.