



A simple guide to your new Health Claims Payment Statement

ClaimSecure announces the launch of our new Health Claims Payment Statement with the following enhancements:

- **One** cheque for all submitted Drug, Dental and Extended Health Care claims with a **customized Explanation of Benefits (EOB)** attached
- Enhanced **anti-fraud** cheque protection
- **Increased security** features with the new cheque form
- **More claim details** available to you when calling the ClaimSecure Call Centre

On the back of this document there is a sample Cheque and Explanation of Benefits statement. To familiarize yourself with this new statement, please refer to the following preview and the corresponding numbers on the reverse side of this page.

Cheque Portion

1. Your 10 digit Certificate Number – you will need to reference this number when calling the ClaimSecure Call Centre Staff
2. The amount paid for the approved health benefit claims

Explanation of Benefits Portion

3. Your Employer's name
4. Your ClaimSecure Group Number
5. Details of receipts submitted
6. Additional details for dental claims submitted in section 5
7. A cheque summary
8. Total amount paid
9. The ClaimSecure Lot Number which you will need when speaking with our Call Centre Staff

**Questions about your new statement?
We're happy to help!**

Please contact our Claims Department at 1-888-513-4464

Un simple guide au sujet de votre nouveau relevé de paiements d'indemnités médicales

SécurIndemnité annonce le lancement de notre nouveau relevé de paiements d'indemnités médicales avec les améliorations suivantes :

- **Un seul** chèque pour toutes les réclamations soumises – médicaments, soins dentaires, soins de santé complémentaires avec **explication détaillée**
- Protection améliorée du chèque contre **la fraude**
- **De plus grandes mesures de sécurité** avec le nouveau format
- **Plus de détails sur l'indemnité** à votre disposition lorsque vous téléphonez au centre d'appels de SécurIndemnité

A l'endos du document, vous trouverez un exemplaire du chèque et de l'explication des prestations. Afin de vous familiariser avec ce nouveau relevé, veuillez référer à l'aperçu suivant et les numéros correspondants à l'endos.

Section du chèque

1. Vos 10 numéros du certificat – vous aurez besoin de mentionner ces numéros lorsque vous téléphonez au centre d'appels de SécurIndemnité
2. le montant payé pour les indemnités médicales approuvées

Section d'explications des prestations

3. Le nom de votre employeur
4. Votre numéro de groupe avec SécurIndemnité
5. Détails des reçus soumis
6. Détails supplémentaires pour demandes de soins dentaires soumises à la section 5
7. Sommaire du chèque
8. Montant total payé
9. Le numéro de lot de SécurIndemnité dont vous aurez besoin pour parler au personnel de notre centre d'appels

**Des Questions au sujet de votre nouveau relevé
Nous serons heureux de vous aider!**

Veillez contacter notre service de réclamations au 1-888-513-4464

15-08-2004 0245678901 65360

2
\$56.00

FIFTY SIX AND 00/100 DOLLARS

Jane Doe
123 DU LAC
ST-LAVASER DES MONDE, QC
P3P-1W4

Signature Here

Signature Here

3
ABC Company Incorporated
Member: Jane Doe

4
001234

5
0245678901

Statement Date/Date du relevé: 15-08-2004

Claim Detail / Renseignements détaillés sur la demande d'indemnité

Patient	Benefit/ Catégorie	SubBenefit/ Sous-catégorie	Claim/Rx Number / No de réclamation	Service Date / Date de service	Submitted Amount / Montant soumis	Other Insurance / Autre assurance	Deductible & Co-Insurance / Franchise et co-assureur	Paid Amount/ Montant payé
DOE, JANE	Vision	Glasses	1221435	21/06/2004	\$339.00	\$0.00	100%	\$0.00
· The service date is after the school end date								
DOE, JANE	Dental		1228301	21/07/2004	\$68.00	\$0.00		\$28.00
· Maximum reached								
DOE, JANE	Drug	963356	0000001000	13/02/2004	\$35.00	\$0.00	\$7.00	\$28.00
DOE, JANE	Paramedical	Other	1221447	16/05/2004	\$90.00	\$0.00	0%	\$0.00
· X-RAY NOT COVERED								
· Benefit not covered								

6
SUBMITTED/SOUMIS: \$532.00 PAID/PAYÉ: \$56.00

Additional Dental Detail / Renseignements additionnels sur la demande d'indemnité pour les soins dentaires

Patient	Group/ Groupe	Certificate / Certificat	Proc. Code & Tooth code/ Code de l'acte et de dent	Claim Number / No de réclamation	Service Date / Date de service	Submitted Amount/ Montant soumis	Other Insurance/ Autre assurance	Eligible amt / Montant admissible	Co- Insurance / Co- assureur	Deductible / Franchise	Paid Amount/ Montant payé
DOE, JANE	001234	0245678901	01250	1228301	21/07/2004	\$35.00		\$35.00	80%		\$28.00
· Diagnostic services											
DOE, JANE	001234	0245678901	11200	1228301	21/07/2004	\$33.00		\$33.00	0%		\$0.00
· Preventive services											
· Procedure not covered under this plan											
Total							\$0.00			\$0.00	\$28.00

7
Summary / Sommaire

Total Claims Submitted / Total de réclamations soumises	4
Submitted Amount / Montant soumis	\$532.00
Paid Amount/Montant payé	\$56.00
Debit Applied / Montant de recouvrement	\$0.00
Cheque Amount / Montant du chèque	\$56.00
Lot Number / Numéro de lot	65360