

ਆਉਟ ਪੇਸ਼ੈਂਟ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ

ਫਾਰਮ ਫਾਰਮ ਏਸੀਐਮ (ACM) ਨੂੰ ਈਮੇਲ CampusCareClaims@active-care.ca ਉੱਤੇ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂ P.O. Box 1237 Station A Windsor, ON N9A 6P8 ਉੱਤੇ ਭੇਜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਰਸੀਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਨਾਲ ਭੇਜੋ।

ਭਾਗ ਏ - ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਜਾਣਕਾਰੀ				
ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਆਖਰੀ ਨਾਂ			ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਂ	
ਪਾਲਸੀ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ	ਸਕੂਲ ਕੈਪਸ <input type="checkbox"/> ਸੇਂਟ. ਕਲੇਅਰ <input type="checkbox"/> ਐਕਿਊਮਨ <input type="checkbox"/> ਟੇਮਜ਼	ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲੇ ਦਾਖਲੇ ਦੀ ਮਿਤੀ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ	ਜਨਮ ਮਿਤੀ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ	ਲਿੰਗ <input type="checkbox"/> ਮਰਦ <input type="checkbox"/> ਇਸਤਰੀ
ਰਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਪੋਸਟਲ ਕੋਡ	
ਈਮੇਲ ਪਤਾ			ਫੋਨ ()	

ਭਾਗ ਬੀ - ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਡਾਕਟਰ/ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਂ		ਫੋਨ ()	ਫੈਕਸ ()
ਡਾਕਟਰ/ਕਲੀਨਿਕ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ/ਕਸਬਾ	ਰਾਜ	ਡਾਕ ਕੋਡ
ਕੀ ਇਹ ਹਾਲਤ ਗਰਭ ਦੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਆਖਰੀ ਮਾਹਵਾਰੀ ਆਉਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ	ਡਿਲਵਰੀ ਦੀ ਅੰਦਾਜ਼ਨ ਮਿਤੀ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ	
ਸਮੱਸਿਆ/ਲੱਛਣਾਂ ਅਤੇ ਜਾਂਚਾਂ ਦੇ ਬਾਰੇ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ		ਸਰਵਿਸ ਦੀ ਮਿਤੀ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ	
ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਮੈਡੀਕਲ ਸਰਵਿਸ			
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਲਾਹ ਦੇ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਦੇ ਬਾਰੇ ਵੇਰਵੇ ਸਮੇਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਉ			

ਖਰਚ -ਪਾਲਸੀ-ਹੋਲਡਰ ਵਲੋਂ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਹੈ -\$300 ਤੋਂ ਵੱਧ ਦੇ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਅਸਲ ਰਸੀਦਾਂ ਨੂੰ ਮੇਲ ਜਾਂ ਫੈਕਸ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਪਰੋਵਾਇਡਰ ਦਾ ਨਾਂ	ਖਰਚ ਦਾ ਵੇਰਵਾ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਫਾਰਮੋਸੀ ਬਿੱਲ, ਆਫਿਸ ਦੌਰਾ ਆਦਿ)	ਸਰਵਿਸ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਰਕਮ	ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਕੀ ਰਸੀਦਾਂ ਨੱਥੀ ਹਨ?
		ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ		ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
		ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ		ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
		ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ		ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
		ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ		ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

ਭਾਗ ਡੀ - ਇਖ਼ਤਿਆਰ

ਮੈਂ ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਸਰਵਿਸ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਡਾਕਟਰ, ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਫ਼ਸਿਲਟੀ) ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਨੂੰ ਏਸੀਐੱਮ (ACM) ਜਾਂ ਇਸ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨਾਲ ਇਸ ਕਲੇਮ ਉੱਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੇਣ ਅਤੇ ਤਬਾਦਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਇਖ਼ਤਿਆਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਇਸ ਪਾਲਸੀ ਦੇ ਤਹਿਤ ਕਵਰ ਹੁੰਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਘਾਟੇ ਲਈ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਰੋਤ ਤੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਭੁਗਤਾਨ-ਯੋਗ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਏਸੀਐੱਮ (ACM) ਨੂੰ ਨਿਯਕ੍ਰਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਹੋ ਜਿਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਭੁਗਤਾਨ-ਕਰਤਾ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਏਸੀਐੱਮ (ACM) ਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਇਖ਼ਤਿਆਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਇਸ ਕਲੇਮ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਵਿੱਚ ਮੈਨੂੰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਨੂੰ ਵੀ ਮੈਂ ਏਸੀਐੱਮ (ACM) ਨਾਲ ਮੇਰੇ ਕਲੇਮ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕਲੇਮ ਸੰਬੰਧੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਤੇ ਸਾਰੀ ਢੁੱਕਵੀਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਪਹੁੰਚ ਦਾ ਇਖ਼ਤਿਆਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਇਹ ਮਕਸਦਾਂ ਇਹਨਾਂ ਮੰਤਵਾਂ ਲਈ ਆਪਣੇ ਮੇਰੇ ਉੱਪਰ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਇਖ਼ਤਿਆਰ ਹਨ। ਇਸ ਇਖ਼ਤਿਆਰ ਦੀ ਫੋਟੋਕਾਪੀ, ਉਤਾਰਾ ਜਾਂ ਇਲੈਕਟਰੋਨਿਕ ਕਾਪੀ ਨੂੰ ਅਸਲ ਮੂਲ ਦੇ ਵਜੋਂ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕ ਮੰਨਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਇਖ਼ਤਿਆਰ ਨੂੰ ਕਲੇਮ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕ ਮੰਨਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਹੀਂ।

ਮੈਂ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਕਲੇਮ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੂਰੀ, ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਦਰੁਸਤ ਹੈ।

ਪਾਲਸੀ-ਹੋਲਡਰ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ (ਜੇ ਨਾਬਾਲਗ ਹੈ ਤਾਂ ਮਾਪਿਆਂ ਜਾਂ ਕਨੂੰਨੀ ਸਰਪਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ)	ਮਿਤੀ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ
---	-----------------------------

ਕੈਨੇਡਾ ਦੇ ਵਿੱਚ ਵਿਜ਼ਟਰ ਆਉਣ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਇੰਸ਼ੋਅਰੈਂਸ ਕਲੇਮ ਫ਼ਾਰਮ (ਚਲਦਾ)

ਏਸੀਐੱਮ (ACM) ਸਾਡੇ ਵਲੋਂ ਇਕੱਤਰ, ਵਰਤੀ ਅਤੇ ਐਲਾਨੀ ਜਾਹਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪਰਦੇਦਾਰੀ, ਭੇਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਣ ਲਈ ਏਸੀਐੱਮ (ACM) ਵਚਨਬੱਧ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੇਵਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੰਗ ਕੀਤੀਆਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਮੰਗੀਆਂ ਗਈਆਂ ਇੰਸ਼ੋਅਰੈਂਸ ਸਰਵਿਸਾਂ ਦੇਣ ਦੇ ਮੰਤਵ ਲਈ ਹੀ ਵਰਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਏਸੀਐੱਮ (ACM) ਦੀ ਪਰਦੇਦਾਰੀ ਨੀਤੀ ਦੀ ਕਾਪੀ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।