DENTAL BENEFITS CLAIM FORM

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

Canadian Dental Association

Canadian Life and Health Insurance Association Inc.

PART 1 DENTIST

UNIQUE NO. | SPEC. | PATIENT'S OFFICE ACCOUNT NO.

I HEREBY ASSIGN MY BENEFITS PAYABLE FROM THIS CLAIM TO THE NAMED DENTIST AND AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO HIM/HER.

PATIENT

LAST NAME GIVEN NAME

ADDRESS APT.

CITY PROV. POSTAL CODE

DENTIST

PHONE NO.

SIGNATURE OF SUBSCRIBER

FOR DENTIST'S USE ONLY - FOR ADDITIONAL INFORMATION, DIAGNOSIS, PROCEDURES OR SPECIAL CONSIDERATION

DUPLICATE FORM ☐

I UNDERSTAND THAT THE FEES LISTED IN THIS CLAIM MAY NOT BE COVERED BY OR MAY EXCEED MY PLAN BENEFITS. I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE TO MY DENTIST FOR THE ENTIRE TREATMENT.
I ACKNOWLEDGE THAT THE TOTAL FEE OF $ _____ IS ACCURATE AND HAS BEEN CHARGED TO ME FOR SERVICES RENDERED.
I AUTHORIZE RELEASE OF THE INFORMATION CONTAINED IN THIS CLAIM FORM TO MY INSURING COMPANY/ PLAN ADMINISTRATOR.

SIGNATURE OF PATIENT (PARENT/GUARDIAN)

OFFICE VERIFICATION

DATE OF SERVICE DAY	MO	YR	PROCEDURE CODE	INTL. TOOTH CODE	TOOTH SURFACES	DENTIST'S FEE	LABORATORY CHARGE	TOTAL CHARGES

THIS IS AN ACCURATE STATEMENT OF SERVICES PERFORMED AND THE TOTAL FEE DUE AND PAYABLE, E & OE.

TOTAL FEE SUBMITTED

INSTRUCTIONS

IF CHARGES WILL BE $300 OR MORE, YOUR CLAIM SHOULD BE SUBMITTED FOR PREDETERMINATION OF BENEFITS.

ROUTINE ORAL EXAMINATIONS, SCALING AND CLEANING, FLUORIDE TREATMENTS, X-RAYS, BASIC RESTORATIONS AND EMERGENCY TREATMENT MAY BE PERFORMED BY YOUR DENTIST PRIOR TO SUBMITTING YOUR CLAIM FOR PREDETERMINATION OF BENEFITS.

X-RAYS MAY BE REQUESTED TO BE SUBMITTED FOR CROWNS OR BRIDGEWORK. X-RAYS WILL BE RETURNED PROMPTLY TO YOUR DENTIST.

MAIL ALL CLAIM FORMS, PREDETERMINATIONS AND X-RAYS TO:

BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED
7001 Mumford Road, Suite 216, Tower 1
Halifax, Nova Scotia B3L 4N9

PART 2 MEMBER'S STATEMENT *(Complete this part before taking the form to your dentist's office.)*

LOCAL NO. _____

1. MEMBER'S NAME: _____ (PLEASE PRINT) IDENTIFICATION NO. _____
   ADDRESS: _____ TELEPHONE NUMBER: (_____)_____
   _____ DATE OF BIRTH: Day_____Mo._____Yr._____
2. PATIENT: RELATIONSHIP TO MEMBER _____ DATE OF BIRTH _____
   IF CHILD AGE 21 AND OVER, INDICATE ☐ FULL-TIME STUDENT ☐ HANDICAPPED
   DATE ENROLLED _____ DATE COMPLETED _____
3. ARE ANY DENTAL BENEFITS OR SERVICES PROVIDED UNDER ANY OTHER GROUP INSURANCE, GOV'T. AGENCY OR DENTAL PLAN? ☐ NO ☐ YES
   POLICY NUMBER _____
   NAME OF INSURING AGENCY _____
   IF CLAIMS FOR A DEPENDENT CHILD, PLEASE INDICATE SPOUSE'S DATE OF BIRTH _____
4. IS ANY TREATMENT REQUIRED AS THE RESULT OF AN ACCIDENT? ☐ NO ☐ YES
   IF YES, GIVE DATE AND DETAILS OF ACCIDENT
   _____
   _____
5. IF DENTURE, CROWN OR BRIDGE, IS THIS INITIAL PLACEMENT? ☐ NO ☐ YES
   IF INITIAL PLACEMENT ADVISE DATE TEETH WERE EXTRACTED _____
   AND ALL OTHER MISSING TEETH IN ARCH _____
   IF REPLACEMENT GIVE DATE OF PRIOR PLACEMENT AND REASON FOR REPLACEMENT
   _____
   _____
6. IS YOUR DEPENDENT EMPLOYED? ☐ NO ☐ YES IS YOUR DEPENDENT ATTENDING SCHOOL? ☐ NO ☐ YES
   IF SO, GIVE NAME OF EMPLOYER OR SCHOOL

AUTHORIZATION: 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 _____/_____/_____
DAY MONTH YEAR

YOUR CLAIM CANNOT BE PROCESSED UNLESS ALL QUESTIONS ARE ANSWERED IN FULL

ALL INFORMATION RECORDED ON THIS FORM IS CONFIDENTIAL

POSSESSION OF THIS CLAIM FORM DOES NOT CONSTITUTE ELIGIBILITY FOR BENEFITS

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

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

L'Association dentaire canadienne

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.

SECTION 1 DENTISTE

Nº UNIQUE | SPEC. | Nº DE COMPTE DU PATIENT

PAR LA PRÉSENTE, JE RENONCE AUX INDEMNITÉS VERSÉES À LA SUITE DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET CONSENS À CE QU'ELLES SOIENT PAYÉES DIRECTEMENT AU DENTISTE INDENTIFIÉ AUX PRÉSENTES.

PATIENT

NOM DE FAMILLE PRÉNOM

ADRESSE APP.

VILLE PROV. CODE POSTAL

DENTISTE

Nº DE TÉLÉPHONE

SIGNATURE DU PARTICIPANT

À L'USAGE DU DENTISTE SEULEMENT – RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, DIAGNOSTIC, PROCÉDÉS OU CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES.

DUPLICATA ☐

IL SE PEUT QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LA GARANTIE DE MON ASSURANCE OU QU'ILS NE SOIENT COUVERTS QU'EN PARTIE. JE COMPRENDS DONC QU'IL M'INCOMBE DE VOIR À CE QUE MON DENTISTE SOIT INTÉGRALEMENT RÉMUNÉRÉ POUR LE TRAITEMENT. J'ATTESTE QUE LE TOTAL DES HONORAIRES DE _____$ EST EXACT ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ POUR SERVICES RENDUS.
JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À MON ORGANISME ASSUREUR OU À SES MANDATAIRES.

SIGNATURE DU PATIENT (OU PARENT/GARDIEN)

VÉRIFICATION DU BUREAU

DATE DU TRAITEMENT JOUR	MOIS	ANNÉE	CODE DU PROCÉDÉ	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS S.E.&O.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

DIRECTIVES

SI LES FRAIS SERONT DE 300 $ OU PLUS, VOTRE DEMANDE DEVRAIT ÊTRE SOUMISE POUR PRÉDÉTERMINATION DES PRESTATIONS.

LES EXAMENS ORAUX DE ROUTINE, LE DÉTARTRAGE ET LE NETTOYAGE, LES TRAITEMENTS AU FLUORURE, LES RAYONS X, LES RESTAURATIONS DE BASE ET LES TRAITEMENTS D'URGENCE PEUVENT ÊTRE EFFECTUÉS PAR VOTRE DENTISTE AVANT DE SOUMETTRE VOTRE DEMANDE POUR LA PRÉDÉTERMINATION DES PRESTATIONS.

IL PEUT ARRIVER QU'ON DEMANDE À VOIR LES RAYONS X POUR LES COURONNES OU LES PONTS. LES RAYONS X SERONT RETOURNÉS PROMPTEMENT À VOTRE DENTISTE.

POSTER TOUS LES FORMULAIRES DE DEMANDE, LES PRÉDÉTERMINATIONS ET LES RAYONS X À:

BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED

7001 Mumford Road, Suite 216, Tower 1

Halifax, Nova Scotia B3L 4N9

SECTION 2 DÉCLARATION DU MEMBRE *(Remplir cette section avant de remettre la formule au dentiste)*

Nº DU LOCAL

1. NOM DU MEMBRE: _____ Nº D'IDENTIFICATION _____ _____
(EN LETTRES MOULÉES S.V.P.)

ADRESSE:_____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: (_____)_____

_____ DATE DE NAISSANCE: Jour_____Mois_____Année_____

2. PATIENT: LIEN DE PARENTÉ AVEC LE MEMBRE _____ DATE DE NAISSANCE _____
SI L'ENFANT EST ÂGÉ DE 21 ANS ET PLUS, INDIQUER ☐ ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN ☐ HANDICAPÉ
DATE D'INSCRIPTION _____ DATE DE FIN DES ÉTUDES _____

3. CES SOINS DENTAIRES SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE, UNE AGENCE GOUVERNEMENTALE OU UN PLAN DENTAIRE? ☐ NON ☐ OUI
NUMÉRO DE LA POLICE D'ASSURANCE _____
NOM DE L'ASSUREUR _____
SI LA DEMANDE EST FAITE POUR UN ENFANT À CHARGE, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE _____

4. UN TRAITEMENT EST-IL RENDU NÉCESSAIRE À LA SUITE D'UN ACCIDENT? ☐ NON ☐ OUI
SI OUI, FOURNIR LA DATE ET LES DÉTAILS DE L'ACCIDENT
_____
_____

5. S'IL S'AGIT D'UN DENTIER, D'UNE COURONNE OU D'UN PONT, EST-CE LA PREMIÈRE INSTALLATION? ☐ NON ☐ OUI
S'IL S'AGIT DE LA PREMIÈRE INSTALLATION, INDIQUER LA DATE OÙ LES DENTS ONT ÉTÉ EXTRAITES _____
ET TOUTES LES AUTRES DENTS MANQUANTES DANS L'ARC DENTAIRE _____
S'IL S'AGIT D'UN REMPLACEMENT, DONNER LA DATE DU TRAITEMENT PRÉCÉDENT ET LA RAISON DU REMPLACEMENT
_____
_____

AUTORISATION: 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 vérification 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 _____/_____/_____
JOUR MOIS ANNÉE

6. LA PERSONNE À VOTRE CHARGE TRAVAILLE-T-ELLE? ☐ NON ☐ OUI
SI OUI, DONNER LE NOM DE L'EMPLOYEUR OU DE L'ÉCOLE

LA PERSONNE À VOTRE CHARGE VA-T-ELLE À L'ÉCOLE? ☐ NON ☐ OUI

VOTRE DEMANDE NE POURRA ÊTRE TRAITÉE À MONIS QUE VOUS N'AYEZ RÉPONDU AU COMPLET À TOUTES LES QUESTIONS

TOUS LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SUR CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS

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