THE Great-West Life ASSURANCE COMPANY

STANDARD DENTAL CLAIM FORM

Please print

CANADIAN DENTAL ASSOCIATION

Canadian Life and Health Insurance Association

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.

SIGNATURE OF SUBSCRIBER

PATIENT

LAST NAME GIVEN NAME

ADDRESS APT.

CITY PROV. POSTAL CODE

DENTIST

PHONE NO.

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. I ALSO AUTHORIZE THE COMMUNICATION OF INFORMATION RELATED TO THE COVERAGE OF SERVICES DESCRIBED IN THIS FORM TO THE NAMED DENTIST.

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. & O.E.

TOTAL FEE SUBMITTED

INSTRUCTIONS

All claims under this group benefits plan are submitted through the plan member. We may exchange personal information about claims with the plan member and a person acting on his or her behalf when necessary to confirm eligibility and to mutually manage the claims.

1. Have your dentist complete Part 1.
2. Employee completes Parts 2 and 3.
3. If you wish benefits to be paid directly to the dentist, sign the assignment portion of Part 1 above. Assignment of benefits is irrevocable. Great-West Life may discuss details of this claim with the assignee.
4. Send this claim to:

Questions? Call Toll Free: 1.855.729.1839

Montreal Benefit Payments
Place Bonaventure, Suite 5800
800 de la Gauchetière St. W
Montreal QC H5A 1B9

For the deaf or hard of hearing:
Toll Free: 1.800.990.6654

PART 2 EMPLOYEE INFORMATION

Plan No. _____ Division No. _____ Employee Identification No. _____

Plan Name _____

Employee Name _____ Date of birth ____/____/____ Day Month Year

Employee address _____

At Great-West Life, we recognize and respect the importance of privacy. Personal information that we collect will be used for the purposes of assessing your claim and administering the group benefits plan. For a copy of our Privacy Guidelines, or if you have questions about our personal information policies and practices (including with respect to service providers), write to Great-West Life's Chief Compliance Officer or refer to www.greatwestlife.com.

I authorize Great-West Life, any healthcare provider, my plan administrator, other insurance or reinsurance companies, administrators of government benefits or other benefits programs, other organizations, or service providers working with Great-West Life, located within or outside Canada, to exchange personal information when necessary for these purposes. I understand that personal information may be subject to disclosure to those authorized under applicable law within or outside Canada. I certify that the information given is true, correct, and complete to the best of my knowledge.

Employee's Signature _____ Date _____

DO YOU WANT ANY UNPAID PORTION OF YOUR CLAIM PROCESSED THROUGH YOUR HEALTHCARE SPENDING ACCOUNT? ☐ YES ☐ NO
IF CLAIMING FOR REIMBURSEMENT FROM THE HEALTHCARE SPENDING ACCOUNT, ARE YOU ENTITLED TO CLAIM A MEDICAL EXPENSE TAX CREDIT UNDER THE INCOME TAX ACT (CANADA) FOR THE PATIENT? ☐ YES ☐ NO

PART 3 COORDINATION OF BENEFITS

1. Patient's relationship to you _____ 2. Patient's Date of Birth: ____/____/____ Day Month Year
3. If the patient is a child, does the patient reside with you? ☐ Yes ☐ No
4. If the child is over 18: a) Is he/she a full-time student? ☐ Yes ☐ No
   b) If student, how many hours per week at school? _____
   c) Is he/she employed? ☐ Yes ☐ No If yes, how many hours worked per week? _____
5. a) Are you or any other member of your family entitled to benefits under any other plan? ☐ Yes ☐ No
   If yes, name of family member insured _____ Relationship to employee _____
   Name of other insurance company _____ Policy number _____
   b) Is any member of your family (other than yourself) insured as an employee under this plan? ☐ Yes ☐ No
   c) If yes to questions 5 a) or b), and the patient is a dependent child, please provide spouse's Date of Birth ____/____ Day Month
6. Is this treatment required as the result of an accident? ☐ Yes ☐ No If yes, give date, location, and explain how accident happened

   _____
7. Is a claim being made for Worker's Compensation Benefits? ☐ Yes ☐ No
8. If claim is for denture, crown or bridge, is this initial placement? ☐ Yes ☐ No If no, give date of prior placement and reason for replacement

   _____

©The Great-West Life Assurance Company (Great-West Life), all rights reserved. Any modification of this document without the express written consent of Great-West Life is strictly prohibited.

ASSURANCE DENTAIRE
FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

En caractères d'imprimerie s.v.p.

1re PARTIE - DENTISTE

N° UNIQUE | SPÉC. | N° DE DOSSIER DU PATIENT

PATIENT

NOM PRÉNOM

ADRESSE APP.

VILLE PROV. CODE POSTAL

DENTISTE

TÉLÉPHONE

JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDURES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.

DUPLICATA ☐

IL SE PEUT QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LE RÉGIME AUQUEL JE PARTICIPE OU QU'ILS NE SOIENT COUVERTS QU'EN PARTIE. IL M'INCOMBE DONC DE VOIR À CE QUE MON DENTISTE SOIT RÉMUNÉRÉ POUR TOUS LES SOINS RENDUS. JE RECONNAIS QUE LE TOTAL DES HONORAIRES S'ÉLÈVE À _____ $, QUE CE MONTANT EST EXACT ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ POUR LES SOINS REÇUS. JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME. J'AUTORISE ÉGALEMENT LA DIVULGATION DE L'INFORMATION LIÉE À LA COUVERTURE DES SERVICES DÉCRITS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE AU DENTISTE NOMMÉMENT DÉSIGNÉ.

SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR

VÉRIFICATION

DATE DU TRAITEMENT JOUR	MOIS	ANNÉE	CODE DE LA PROCÉDURE	CODE INT. DES DENTS	SURFACE DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

DIRECTIVES

Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement.

1. Faites remplir la 1re partie par votre dentiste.
2. Remplissez les 2e et 3e parties réservées au salarié.
3. Si vous voulez que le paiement soit fait directement au dentiste, signez l'autorisation à cet effet à la 1re partie. La cession des prestations est irrévocable. La Great-West peut discuter des détails relatifs à cette demande de règlement avec le cessionnaire.
4. Envoyez la présente demande de règlement à :

Questions : 1 855 729-1839 (sans frais)

Service des indemnités de Montréal
Place Bonaventure, bureau 5800
800, rue de la Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H5A 1B9

Pour les sourds et les malentendants :
Numéro sans frais : 1 800 990-6654

2e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ

Régime n° _____ Division n° _____ Numéro d'identification du salarié _____

Nom de Régime _____

Nom du salarié _____ Date de naissance ____ /____ /____ (Jour Mois Année)

Adresse du salarié _____

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse www.lagreatwest.com.

J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature du salarié _____ Date _____

SOUHAITEZ-VOUS QUE TOUTE PORTION IMPAYÉE DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT SOIT REMBOURSÉE AU MOYEN DE VOTRE COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ? ☐ OUI ☐ NON

SI VOUS SOUHAITEZ QUE LE REMBOURSEMENT SOIT EFFECTUÉ AU MOYEN DE VOTRE COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ, ÊTES-VOUS ADMISSIBLE AU CRÉDIT D'IMPÔT POUR FRAIS MÉDICAUX EN VERTU DE LA *LOI DE L'IMPÔT SUR LE REVENU* DU CANADA À L'ÉGARD DU PATIENT? ☐ OUI ☐ NON

3e PARTIE - COORDINATION DES PRESTATIONS

1. Lien de parenté avec le salarié : _____ 2. Date de naissance du patient ____ /____ /____ (Jour Mois Année)
3. Si le patient est un enfant, demeure-t-il avec vous? ☐ Oui ☐ Non
4. Si le patient est un enfant âgé de 18 ans ou plus : a) Étudie-t-il à plein temps? ☐ Oui ☐ Non
   b) S'il est étudiant, combien d'heures passe-t-il à l'école par semaine? _____
   c) Travaille-t-il? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, précisez combien d'heures par semaine : _____
5. a) Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'une autre source? ☐ Oui ☐ Non
   Dans l'affirmative, nom du membre de la famille assuré _____ Lien de parenté avec l'assuré _____
   Nom de l'autre assureur _____ Police numéro _____
   b) Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre de salarié par le présent régime? ☐ Oui ☐ Non
   c) Dans l'affirmative à la question a) ou b) ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, donnez la date de naissance du conjoint : ____/____ (Jour Mois)
6. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, donnez la date et l'endroit de l'accident et décrivez ce qui s'est produit. _____
7. La demande a-t-elle été présentée à la CSST? ☐ Oui ☐ Non
8. Le cas échéant, les prothèses, couronnes ou ponts sont-ils mis en place pour la première fois? ☐ Oui ☐ Non Dans la négative, indiquez la date de la dernière mise en place et dites pourquoi les prothèses, couronnes ou ponts doivent être remplacés.

_____

©La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West), tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.