

DENTAL CLAIM FORM
Please print



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 FIRST NAME	DENTIST _____ PHONE NO.			SIGNATURE OF SUBSCRIBER _____

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 _____	DUPLICATE FORM <input type="checkbox"/>
--	---

DATE OF SERVICE										PROCEDURE CODE	INTL. TOOTH CODE	TOOTH SURFACES	DENTIST'S FEE	LABORATORY CHARGE	TOTAL CHARGES	INSTRUCTIONS	
DAY	MO.	YR.															
																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: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;"> Questions? Call Toll Free: 1.855.360.4415 </div> Great-West Life London Benefit Payments PO Box 5064 Station B London ON N6A 0C4 For the deaf or hard of hearing: Toll Free: 1.800.990.6654	

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

PART 2 EMPLOYEE INFORMATION

Plan Number _____ Member ID No. _____

Employer Name _____

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

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 _____

PART 3 COORDINATION OF BENEFITS

1. Patient's relationship to you _____ 2. Patient's date of birth _____ / _____ / _____
Year Month Day

3. 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 3 a) or b), and the patient is a dependent child, please provide spouse's Date of Birth _____ / _____ / _____
Year Month Day

4. Is this treatment required as the result of an accident? Yes No
 If yes, give date, location, and explain how accident happened _____

5. Is a claim being made for Worker's Compensation Benefits? Yes No

6. 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.

PARTIE 1 – DENTISTE				N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT	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.
PATIENT	NOM _____		PRÉNOM _____	DENTISTE	TÉLÉPHONE _____		SIGNATURE DU PARTICIPANT _____
	RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDURES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.		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 TOUTS 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 TOUTS 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) _____
DUPLICATA <input type="checkbox"/>				VÉRIFICATION _____			
						DIRECTIVES	
DATE DU TRAITEMENT JOUR MOIS ANNÉE				CODE DE LA PROCÉDURE		CODE INT. DE LA DENT.	
SURFACES DE LA DENT.				HONORAIRES DU DENTISTE		FRAIS DE LABORATOIRE	
TOTAL DES FRAIS							
						<p>Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangeons 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 la vérification de l'admissibilité et de la gestion des demandes de règlement.</p> <p>1. Faites remplir la partie 1 par votre dentiste. 2. Remplissez les parties 2 et 3 réservées aux employés. 3. Si vous voulez que le paiement soit fait directement au dentiste, signez l'autorisation à cet effet à la partie 1 ci-dessus. La cession des prestations est irrévocable. La Great-West peut discuter des renseignements relatifs à cette demande de règlement avec le cessionnaire. 4. Envoyez la présente demande de règlement à :</p> <p>Questions : 1 855 360-4415 (sans frais)</p> <p>La Great-West CP 8825 Succursale Centre-Ville Montréal QC H3C 4K9</p> <p> Pour les sourds et les malentendants : Numéro sans frais : 1 800 990-6654</p>	
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.				TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS			

PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L' EMPLOYÉ

Régime n° _____ Numéro d'identification du participant _____

Nom de l'employeur _____

Nom de l'employé _____ Date de naissance _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

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 de l'employé _____ Date _____

PARTIE 3 – COORDINATION DES PRESTATIONS

1. Lien de parenté du patient avec l'employé : _____ 2. Date de naissance du patient _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

3. a) Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'un autre régime? Oui Non
Dans l'affirmative, nom du membre de la famille assuré _____ Lien de parenté avec l'employé _____
Nom de l'autre assureur _____ Régime n° _____

b) Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre d'employé par le présent régime? Oui Non

c) Dans l'affirmative à la question 3 a) ou b) ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, donnez la date de naissance du conjoint : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

4. 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. _____

5. Une demande a-t-elle été présentée à la CSST? Oui Non

6. 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. _____