

# DENTAL BENEFITS CLAIM FORM

BENEFIT PLAN ADMINISTERED BY:  
BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS LIMITED



Canadian Dental Association



Canadian Life and Health Insurance Association Inc.

<b>PART 1 DENTIST</b>	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.
P LAST NAME _____ GIVEN NAME _____ A _____ T ADDRESS _____ APT. _____ I _____ E _____ N CITY _____ PROV. _____ POSTAL CODE _____ T _____	D E N T I S T  P H O N E N O.			_____ SIGNATURE OF SUBSCRIBER

FOR DENTIST'S USE ONLY - FOR ADDITIONAL INFORMATION, DIAGNOSIS, PROCEDURES OR SPECIAL CONSIDERATION	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			PROCEDURE CODE	INTL. TOOTH CODE	TOOTH SURFACES	DENTIST'S FEE	LABORATORY CHARGE	TOTAL CHARGES	<b>INSTRUCTIONS</b>  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.  <b>MAIL ALL CLAIM FORMS, PREDETERMINATIONS AND X-RAYS TO:</b>  <b>BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS LIMITED</b> P.O. Box 3071, Station 'A' Mississauga, Ontario L5A 3A4
DAY	MO	YR							
THIS IS AN ACCURATE STATEMENT OF SERVICES PERFORMED AND THE TOTAL FEE DUE AND PAYABLE, E & OE.						TOTAL FEE SUBMITTED			

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

1. MEMBER'S NAME: \_\_\_\_\_ IDENTIFICATION NO. \_\_\_\_\_ LOCAL NO. \_\_\_\_\_  
(PLEASE PRINT)  
 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 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 LIMITED



L'Association  
dentaire  
canadienne



Association  
canadienne des  
compagnies  
d'assurances de  
personnes inc.

<b>SECTION 1 DENTISTE</b>	N° UNIQUE	SPEC.	N° 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 IDENTIFIÉ AUX PRÉSENTES.
P NOM DE FAMILLE PRÉNOM A T ADRESSE APP. I E N T VILLE PROV. CODE POSTAL	D E N T I S T E  N° DE TÉLÉPHONE			_____ SIGNATURE DU PARTICIPANT

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

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)

DUPLICATA

VÉRIFICATION DU BUREAU

DATE DU TRAITEMENT			CODE DU PROCÉDÉ	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	<b>DIRECTIVES</b> 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. <b>POSTER TOUS LES FORMULAIRES DE DEMANDE, LES PRÉDÉTERMINATIONS ET LES RAYONS X À:</b> <b>BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS LIMITED</b> <b>P.O. Box 3071, Station 'A'</b> <b>Mississauga, Ontario L5A 3A4</b>
JOUR	MOIS	ANNÉE							
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS S.E.&O.						TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS			

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

1. NOM DU MEMBRE: \_\_\_\_\_ N° D'IDENTIFICATION \_\_\_\_\_ N° DU LOCAL \_\_\_\_\_  
(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 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 LA PERSONNE À VOTRE CHARGE VA-T-ELLE À L'ÉCOLE?  NON  OUI  
 SI OUI, DONNER LE NOM DE L'EMPLOYEUR OU DE L'ÉCOLE \_\_\_\_\_

**VOTRE DEMANDE NE POURRA ÊTRE TRAITÉE À MONS 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**