MEDAVIE BLUE CROSS™

STANDARD DENTAL CLAIM FORM

644 MAIN ST PO BOX 220
MONCTON NB E1C 8L3
INQUIRIES: 1-800-667-4511

230 BROWNLOW AVE DARTMOUTH
PO BOX 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
INQUIRIES: 1-800-667-4511

185 THE WEST MALL, SUITE 1200 PO BOX 2000 STN A
ETOBICOKE, ON M9C 5P1
INQUIRIES: 1-800-355-9133

Canadian Dental Association / L'Association dentaire canadienne

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 them.

SIGNATURE OF SUBSCRIBER

PATIENT

FIRST NAME LAST 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 re-sponsible 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 communi-cation 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 & OE.

TOTAL FEE SUBMITTED

FOR CARRIER USE

ALLOWED AMOUNT	INC	%	PATIENT'S SHARE

CHEQUE NO. | DATE

DEDUCTIBLE | PATIENT PAYS | PLAN PAYS

CLAIM NO.

INSTRUCTIONS FOR CLAIM SUBMISSION

Being a standard form, this form cannot include specific instructions on where it should be sent, depending on who is the carrier for your plan. You can obtain details from either your plan booklet, your certificate or from your employer.
If your plan requires submission directly to the carrier, please send this form with only parts 1, 2 and 3 completed to the carrier's appropriate claims office.
If your plan requires submission to your employer, please direct this form to your personnel office plan administrator who will complete part 4 and forward the form to the carrier

PART 2 - DIRECT DEPOSIT

WANT YOUR MONEY FASTER? SIGN UP FOR DIRECT DEPOSIT.

FI TRANSIT NUMBER: _____ _____ (TRANSIT-5 DIGITS; FI-3 DIGITS)

FI ACCOUNT NUMBER: _____

PART 3 - EMPLOYEE/PLAN MEMBER/SUBSCRIBER

1. POLICY NO. **91174**
   EMPLOYER _____
   NAME OF INSURING AGENCY OR PLAN _____

2. YOUR NAME (PLEASE PRINT) _____
   YOUR CERT. NO. OR I.D. NO. _____
   YOUR DATE OF BIRTH (DD/MM/YYYY) _____

PART 4 - PATIENT INFORMATION

1. RELATIONSHIP TO EMPLOYEE/PLAN MEMBER/SUBSCRIBER _____
   DATE OF BIRTH _____
   IF CHILD, INDICATE STUDENT ○ HANDICAPPED ○
   IF STUDENT, INDICATE SCHOOL _____
   PATIENT I.D. NO. _____

2. ARE ANY DENTAL BENEFITS OR SERVICES PROVIDED UNDER ANY OTHER GROUP INSURANCE OR DENTAL PLAN, W.C.B. OR GOV'T PLAN? NO ○ YES ○
   POLICY NO. _____ SPOUSE DATE OF BIRTH _____
   NAME OF OTHER INSURING AGENCY OR PLAN _____

3. IS ANY TREATMENT REQUIRED AS THE RESULT OF AN ACCIDENT? NO ○ YES ○
   IF YES, GIVE DATE AND DETAILS SEPARATELY.

4. IF TREATMENT INCLUDES DENTURE, CROWN OR BRIDGE, IS THIS AN INITIAL PLACEMENT? IF NO, GIVE DATE OF PRIOR PLACEMENT AND REASON FOR REPLACEMENT. _____ (DAY MO. YR.) NO ○ YES ○

5. IS ANY TREATMENT REQUIRED FOR ORTHODONTIC PURPOSES? NO ○ YES ○

6. I AUTHORIZE THE RELEASE OF ANY INFORMATION OR RECORDS REQUESTED IN RESPECT OF THIS CLAIM TO THE INSURER/PLAN ADMINISTRATOR AND CERTIFY THAT THE INFORMATION GIVEN IS TRUE, CORRECT AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. CLAIMING BENEFITS IMPLIES CONSENT TO BLUE CROSS PRIVACY PROTECTION PRACTICES.

SIGNATURE OF PATIENT (PARENT/GUARDIAN) _____ DATE (DD/MM/YYYY) _____

PART 5 - POLICYHOLDER / EMPLOYER (FOR COMPLETION ONLY IF APPLICABLE. SEE ABOVE*)

	DAY	MO.	YR.
1. DATE COVERAGE COMMENCED			
2. DATE DEPENDENT COVERED			
3. DATE TERMINATED			

4. CONTRACT HOLDER — DATE: DAY MO. YR.

AUTHORIZED SIGNATURE

(POSITION OR TITLE)

ALL INFORMATION RECORDED ON THIS FORM IS CONFIDENTIAL.

™ The Blue Cross symbol and name are registered trade-marks of the Canadian Association of Blue Cross Plans and are used under licence by Medavie Blue Cross, an independent licensee of the Canadian Association of Blue Cross Plans.

Did you know you can submit this claim online? Visit medavie.bluecross.ca/directdeposit

CROIX BLEUE MEDAVIE

DEMANDE DE RÈGLEMENT DES SOINS DENTAIRES - FORMULAIRE NORMALISÉ

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
INFORMATION : 1-800-667-4511

230, AV. BROWNLOW DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
INFORMATION : 1-800-667-4511

185, THE WEST MALL, BUREAU 1200 C.P 2000 SUCC A
ETOBICOKE ON M9C 5P1
INFORMATION : 1-800-355-9133

Canadian Dental Association / L'Association dentaire canadienne

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes

1re PARTIE - DENTISTE

N° UNIQUE | SPÉC. | N° DE DOSSIER DU (DE LA) PATIENT(E)

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 (DE LA) PARTICIPANT(E)

PATIENT

PRÉNOM _____ NOM _____

ADRESSE _____ APP. _____

VILLE _____

PROV. _____ CODE POSTAL _____

DENTISTE

TÉLÉPHONE _____

Réservé au dentiste pour renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes 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 OF PATIENT (PARENT/GUARDIAN)

VÉRIFICATION

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

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

MONTANT ADMIS	FRÉQ.	%	MONTANT PAYABLE

N° DU CHÈQUE | DATE

FRANCHISE	PATIENT PAIEMENT DU PATIENT	PAIEMENT DE L'ASSUREUR

N° DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

COMMENT PRÉSENTER LA DEMANDE

Puisqu'il s'agit d'un formulaire normalisé, la demande ne précise pas l'endroit où elle doit tre adressée. Ce renseignement dépend de l'assureur. Consultez donc votre livret d'assurance, la police d'assurance ou votre employeur pour en connaître les détails.

Si la demande doit tre envoyée directement à l'assureur, remplissez seulement les parties 1, 2 et 3 du formulaire et adressez-le au service des demandes de règlement indiqué par l'assureur.

*Si la demande doit tre remise à votre employeur, veuillez la présenter au bureau du personnel ou à l'administrateur du régime qui en remplira la partie 4 et enverra le document à l'assureur.

2e PARTIE - DÉPÔT DIRECT

VOUS VOULEZ RECEVOIR VOTRE REMBOURSEMENT PLUS RAPIDEMENT? INSCRIVEZ-VOUS AU DÉPÔT DIRECT.

NUMÉRO DE TRANSIT DE LA BANQUE : _____ (TRANSIT-5 CHIFFRES; SUCCURSALE- 3 CHIFFRES) NUMÉRO DU COMPTE BANCAIRE : _____

3e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ(E) / PARTICIPANT(E) AU RÉGIME

1. N° DE LA POLICE _____
   EMPLOYEUR _____
   NOM DE L'ASSUREUR OU DU RÉGIME _____

2. NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____
   N° DE CERTIFICAT OU D'IDENTITÉ _____
   DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA) _____

4e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) PATIENT(E)

1. LIEN DE PARENTÉ AVEC L'EMPLOYÉ(E) / PARTICIPANT(E) AU RÉGIME _____
   DDN (JJ/MM/AAAA) _____
   S'IL S'AGIT D'UN ENFANT, EST-IL ÉLÈVE / ÉTUDIANT ☐ HANDICAPÉ ☐
   S'IL EST UN ÉLÈVE / ÉTUDIANT, NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE _____
   PATIENT I.D. NO. _____

2. CES SOINS DENTAIRES SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE OU DENTAIRE, LA C.A.T. OU UN RÉGIME D'ASSURANCE GOUVERNEMENTAL? NON ☐ OUI ☐
   N° DE LA POLICE 91174
   DATE DE NAISSANCE DU (DE LA) CONJOINT(E) (JJ/MM/AAAA) _____
   NOM DE L'AUTRE ASSUREUR OU DU RÉGIME _____

3. CES SOINS SONT-ILS REQUIS PAR SUITE D'UN ACCIDENT? SI OUI, INDIQUER LA DATE ET DONNER DES PRÉCISIONS SUR UNE FEUILLE DISTINCTE. NON ☐ OUI ☐

4. SI LE TRAITEMENT COMPREND UNE PROTHÈSE, UNE COURONNE OU UN PONT, EST-CE LA PREMIÈRE MISE EN BOUCHE? SI NON, INDIQUER LA DATE DE LA MISE EN BOUCHE PRÉCÉDENTE ET LES RAISONS DU REMPLACEMENT. NON ☐ OUI ☐
   _____ DAY MO. YR.

5. DES SOINS ORTHODONTIQUES SONT-ILS REQUIS? NON ☐ OUI ☐

6. JE CONSENS À CE QUE TOUT RENSEIGNEMENT OU DOSSIER EXIGÉ AU SUJET DE LA PRÉSENTE DEMANDE SOIT DIVULGUÉ À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME, ET JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SONT, À MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS. TOUTE DEMANDE DE RÈGLEMENT SIGNIFIE L'ACCEPTATION DE LA POLITIQUE DE L'ASSUREUR SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.

SIGNATURE DU (DE LA) PATIENT(E), DES PARENTS OU DU TUTEUR _____ DATE (JJ/MM/AAAA) _____

5e PARTIE - À REMPLIR PAR LE TITULAIRE DU RÉGIME / EMPLOYEUR, S'IL Y A LIEU (VOIR CI-DESSUS*)

	JOUR	MOIS	ANNÉE
1. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE			
2. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE À CHARGE			
3. DATE DE RÉSILIATION DE L'ASSURANCE			

4. TITULAIRE DU RÉGIME — DATE: JOUR | MOIS | ANNÉE

SIGNATURE AUTORISÉE

3. DATE DE RÉSILIATION DE L'ASSURANCE (POSTE OU TITRE)

L'INFORMATION DANS CE FORMULAIRE EST CONFIDENTIELLE.

MC Le symbole et le nom Croix Bleue sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisées sous licence par Croix Bleue Medavie, titulaire de licence indépendant de l'Association canadienne des Croix Bleue.

Saviez-vous que vous pouvez soumettre cette demande de règlement en ligne? Visitez le medavie.croixbleue.ca/directdeposit