



ONTARIO BLUE CROSS™

P.O. BOX 4433, STATION A
TORONTO (ONTARIO) M5W 3Y7



canadian
Dental
Association



Canadian Life
and Health Insurance
Association Inc.

STANDARD DENTAL CLAIM FORM

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|-----|---|--------------------|--|---|----------------|------------------------------------|---|--|-------------------|--|---|--|------------------------|-----|---|-----------------|--|--|
| 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 _____ | | | | | | | | | | | |
| P A T I E N T | FIRST NAME _____ LAST NAME _____ | | | | | D E N T I S T | | | | | | | ADDRESS _____ APT. _____ | | | | | | | |
| | CITY _____ | | PROV. _____ | | | | | | | | | | PHONE NO. _____ | | | | | | | |
| POSTAL CODE _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | | | | |
| DUPLICATE FORM <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OFFICE VERIFICATION _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE OF SERVICE | | | PROCEDURE CODE | | | INTL TOOTH CODE | TOOTH SURFACES | | DENTIST'S FEE | | LABORATORY CHARGE | | TOTAL CHARGES | | FOR CARRIER USE | | | | | |
| DAY | MO. | YR. | | | | | | | | | | | | | ALLOWED AMOUNT | INC | % | PATIENT'S SHARE | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| THIS IS AN ACCURATE STATEMENT OF SERVICES PERFORMED AND THE TOTAL FEE DUE AND PAYABLE, E & OE. | | | | | | TOTAL FEE SUBMITTED _____ | | | | | | 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 - EMPLOYEE/PLAN MEMBER/SUBSCRIBER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. GROUP POLICY/PLAN NO. _____ DIVISION/SECTION NO. _____ | | | | | | 2. YOUR NAME (PLEASE PRINT) _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPLOYER _____ | | | | | | YOUR CERT. NO. OR S.I.N. OR I.D. NO. _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| NAME OF INSURING AGENCY OR PLAN _____ | | | | | | YOUR DATE OF BIRTH _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PART 3 - PATIENT INFORMATION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. RELATIONSHIP TO EMPLOYEE/PLAN MEMBER/SUBSCRIBER _____ | | | | | | | | | 3. IS ANY TREATMENT REQUIRED AS THE RESULT OF AN ACCIDENT? IF YES, GIVE DATE AND DETAILS SEPARATELY. NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| DATE OF BIRTH _____ | | | IF CHILD, INDICATE STUDENT <input type="checkbox"/> | | | HANDICAPPED <input type="checkbox"/> | | | 4. IF TREATMENT INCLUDES DENTURE, CROWN OR BRIDGE, IS THIS AN INITIAL PLACEMENT? IF NO, GIVE DATE OF PRIOR PLACEMENT AND REASON FOR REPLACEMENT. | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IF STUDENT, INDICATE SCHOOL _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PATIENT I.D. NO. _____ | | | | | | | | | 5. IS ANY TREATMENT REQUIRED FOR ORTHODONTIC PURPOSES? NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| 2. ARE ANY DENTAL BENEFITS OR SERVICES PROVIDED UNDER ANY OTHER GROUP INSURANCE OR DENTAL PLAN, W.C.B. OR GOV'T PLAN? NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POLICY NO. _____ SPOUSE DATE OF BIRTH _____ | | | | | | | | | 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. | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NAME OF OTHER INSURING AGENCY OR PLAN _____ | | | | | | | | | | | | DATE: _____ SIGNATURE OF PATIENT (PARENT/GUARDIAN) _____ | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PART 4 - POLICYHOLDER / EMPLOYER (FOR COMPLETION ONLY IF APPLICABLE. SEE ABOVE*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. DATE COVERAGE COMMENCED | | | | 4. CONTRACT HOLDER | | | | DATE | | | | | AUTHORIZED SIGNATURE | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. DATE DEPENDENT COVERED | | | | | | | | DATE | | | | | _____ <small>(POSITION OR TITLE)</small> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. DATE TERMINATED | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|-------|--------------------------|---|
| 1^{re} PARTIE - 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 RÉGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT. |
| P A T I E N T | PRÉNOM _____ NOM _____ | TÉLÉPHONE _____ | | | |
| | ADRESSE _____ APP. _____ | | | | |
| | VILLE _____ PROV. _____ | | | | |
| | CODE POSTAL _____ | | | | |

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

IL SE PEUT QUE LES FRAIS INDICUÉS 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 MA 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.

SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR _____

DUPLICATA

VÉRIFICATION

| DATE DU TRAITEMENT | | | CODE DE L'ACTE | CODE INT. DES DENTS | SURFACES DES DENTS | HONORAIRES DU DENTISTE | FRAIS DE LABORATOIRE | TOTAL DES FRAIS | RÉSERVÉ À L'ASSUREUR | | | |
|--------------------|------|-------|----------------|---------------------|--------------------|------------------------|----------------------|-----------------|----------------------|-------|---|-----------------|
| JOUR | MOIS | ANNÉE | | | | | | | MONTANT ADMIS | FRÉQ. | % | MONTANT PAYABLE |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

N° DU CHÈQUE _____ DATE _____

FRANCHISE _____ PAIEMENT DU PATIENT _____ PAIEMENT DE L'ASSUREUR _____

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

N° DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION _____

COMMENT PRÉSENTER LA DEMANDE

PUISQU'IL S'AGIT D'UN FORMULAIRE NORMALISÉ, LA DEMANDE NE PRÉCISE PAS L'ENDROIT OÙ ELLE DOIT ÊTRE ADRESSÉE. CE RENSEIGNEMENT DÉPEND DE L'ASSUREUR. CONSULTER DONC VOTRE LIVRET D'ASSURANCE, LA POLICE D'ASSURANCE OU VOTRE EMPLOYEUR POUR EN CONNAÎTRE LES DÉTAILS.
SI LA DEMANDE DOIT ÊTRE ENVOYÉE DIRECTEMENT À L'ASSUREUR, REMPLIR SEULEMENT LES PARTIES 1, 2 ET 3 DU FORMULAIRE ET L'ADRESSER AU SERVICE DES DEMANDES DE RÉGLEMENT INDICUÉ PAR L'ASSUREUR.
* SI LA DEMANDE DOIT ÊTRE REMISE À VOTRE EMPLOYEUR, VEUILLEZ LA PRÉSENTER AU BUREAU DU PERSONNEL OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME QUI EN REMPLIRA LA PARTIE 4 ET ENVERRÀ LE DOCUMENT À L'ASSUREUR.

2^e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ / PARTICIPANT AU RÉGIME

| | | |
|---|--|--|
| 1. N° DU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE _____ EMPLOYEUR _____ NOM DE L'ASSUREUR OU DU RÉGIME _____ | N° DE LA SECTION OU DE LA DIVISION _____ | 2. NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____ N° DE CERTIFICAT, D'ASSURANCE SOCIALE OU D'IDENTITÉ [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] DATE DE NAISSANCE _____ JOUR MOIS ANNÉE |
|---|--|--|

3^e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| 1. LIEN DE PARENTÉ AVEC L'EMPLOYÉ / PARTICIPANT AU RÉGIME _____ DDN _____ S'IL S'AGIT D'UN ENFANT, EST-IL ÉLÈVE / ÉTUDIANT <input type="checkbox"/> HANDICAPÉ <input type="checkbox"/> JOUR MOIS ANNÉE S'IL EST UN ÉLÈVE / ÉTUDIANT, NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE _____ N° D'IDENTITÉ DU PATIENT _____ | 2. CES SOINS DENTAIRE SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE OU DENTAIRE, LA C.A.T. OU UN RÉGIME D'ASSURANCE GOUVERNEMENTAL? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> N° DE LA POLICE _____ DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT _____ JOUR MOIS ANNÉE 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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 JOUR MOIS ANNÉE | 5. DES SOINS ORTHODONTIQUES SONT-ILS REQUIS? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | 6. JE CONSENS À CE QUE TOUT RENSEIGNEMENT OU DOSSIER EXIGU À 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 DATE: _____ JOUR MOIS ANNÉE |
| SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR _____ | | | | |

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

| | | | | |
|--|-----------------|------------------------|-----------------|---|
| 1. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE | JOUR MOIS ANNÉE | 4. TITULAIRE DU RÉGIME | DATE | SIGNATAIRE AUTORISÉ _____ (POSTE OU TITRE) |
| 2. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE À CHARGE | JOUR MOIS ANNÉE | JOUR MOIS ANNÉE | JOUR MOIS ANNÉE | |
| 3. DATE DE RÉLIATION DE L'ASSURANCE | JOUR MOIS ANNÉE | | | |