

## **DENTAL BENEFITS CLAIM FORM**





BENEFIT PLAN ADMINISTERED BY: BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED

PART 1 DENTIST								1	UNIQUE NO. SPEC.			PAT	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.  E N T CITY PROV. POSTAL CODE								D E N T I S T PHONE NO.								SIGNATURE OF SUBSCRIBER						_					
FOR DENTIST'S USE ONLY - FOR ADDITIONAL INFORMATION OR SPECIAL CONSIDERATION								ATION,	DIAGN	NOSIS, PRO	CEDURES	BENEF TREATI I ACKN CHARG I AUTH PLAN A	ITS. I L MENT. OWLED GED TO ORIZE ADMINIS	NDERST OGE THA ME FOR		AM FINANC FEE OF \$ RENDERED	CIALLY RE	ESPONS	THIS CLA	MY DENT IS AC	IST FOR	R THE ENT E AND HA	TIRE S BEEN	14/			
	UPL	ICAI	E FO	KIVI	Ш				_										_								
THI FO	S IS RME	T BEF	YR  ACCUIND TH	RATIE TO	COMPANY OF THE STATE OF THE STA	3E	MENT DUE	S S	TA	T)	E. TO	DTAL (CO	FEE SU	BMITTEL  this pa	art be	fore	• tak		BES ROU FLUC AND YOU PREI X-RA CRO PRO MAIL AND BEN 38 S RAV HAL	SUBMITT TINE OID PRIDE TINE EMERCY R DENT DETERM SUS MAN WORN MPTLY ALL C X-RAYS EFIT P OLUTIC INE CE IFAX, N	TED FC RALE REATITISE REAT	CAMINAT MENTS, TREATIN RIOR TO ON OF E EQUEST OGEWOR UR DEN CORMS, COMMISS RIVE, SL TWO COTIA	O OR MODETERM OF THE PREDE TO BASS OF THE PRED TO BASS OF THE PREDE TO BASS OF THE PRED TO B	ORE, Y PARIS OF THE PARIS OF TH	OUR CL DN OF B IG AND C C RESTO PERFO YOUR C BMITTE LL BE R NATION: TLANTI	S IC) LIMIT	G, G, R
								MEME					_ DATE					OF BIRT	TH: Day_			Mo.			Yr		
IF CHILD AGE 21 AND OVER, INDICATE								AUTHORIZATION: I certify that the above information is true, correct and complete. I authorize Benefit Plan Administrators (Atlantic) 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.																			
 	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							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																			
										NO [			S YOUR D	DEPENDE	NT ATTE	ENDIN	IG SC	- [				MUNIT			TEAR		

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

DCF-NL



## DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

RÉGIME DE PRESTATIONS GÉRÉ PAR: BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED



L'Association dentaire



SECTION 1 DENTISTE	Nº UNIQUE SPEC.	N° DE COMPTE DU PAT	VERSÉES À LA SUITE DE CETTE DEMANDE DE								
P NOM DE FAMILLE PRÉNOM	D		RÈGLEMENT ET CONSENS À CE QU'ELLES SOIENT PAYÉES DIRECTEMENT AU DENTISTE INDENTIFIÉ AUX PRÉSENTES.								
A T ADRESSE APP.	E N										
E	T I										
N	S T N° DE TÉLÉPHONE E		SIGNATURE DU PARTICIPANT								
À L'USAGE DU DENTISTE SEULEMENT - RENSEIGNEMENTS DIAGNOSTIC, PROCÉDÉS OU CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES		LA GARANTIE DE MON AS QU'IL M'INCOMBE DE VOIF J'ATTESTE QUE LE TOTAL POUR SERVICES RENDUS JE CONSENS À CE QUE TI	IS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT NE SOIENT PAS COUVERTS PAR SURANCE OU QU'ILS NE SOIENT COUVERTS QU'EN PARTIE. JE COMPRENDS DONC RÀ CE QUE MON DENTISTE SOIT INTÉGRALEMENT RÉMUNÉRÉ POUR LE TRAITEMENT. DES HONORAIRES DE SEST EXACT ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ SES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT NISME ASSUREUR OU À SES MANDATAIRES.								
		VÉRIFICATION DU BU	SIGNATURE DU PATIENT (OU PARENT/GUARDIEN) REAU								
DUPLICATA											
DATE DU TRAITEMENT  JOUR MOIS ANNÉE PROCÉDÉ UNT. DES DENTS  DES DENTS  DES DENTS	HONORAIRES DU FRAI DENTISTE LABOR		PRAIS  DIRECTIVES  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.								
			POSTER TOUS LES FORMULAIRES DE DEMANDE, LES PRÉDÉTERMINATIONS ET LES RAYONS X À:								
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS S.E.&O.	TOTAL DES HONORAIR	ES DEMANDÉS	BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED 38 Solutions Drive, Suite 100 Ravine Centre Two Halifax, Nova Scotia R3S 0H1								
SECTION 2 DÉCLARATION DU MEMBRE (Remplir cette section avant de remettre la formule au dentiste)											
			N° DU LOCAL								
1. NOM DU MEMBRE:  (EN LETTRES MOULÉES S.V.P.)  ADRESSE:	N° D	'IDENTIFICATION	O DE TÉLÉPHONE: ( )								
ADRESSE.			E NAISSANCE; Jour Mois. Année.								
2. PATIENT: LIEN DE PARENTÉ AVEC LE MEMBRE DATE DE NAISSANCE  SI L'ENFANT EST ÂGÉ DE 21 ET PLUS, INDIQUER ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN HANDICAPÉ  DATE D'INSCRIPTION DATE DE FIN DES ÉTUDES  AUTORISATION: J'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques, exacts et complets, J'autorise Benefit Plan Administrators (Atlantic) Limited («BPA») à recueillir et à utiliser des renseignements personnels qui me concernent mes											
CES SOINS DENTAIRES SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE, UNE AGENCE GOUVERNEMENTALE OU UN PLAN DENTAIRE?  NUMÉRO DE LA POLICE D'ASSURANCE  NOM DE L'ASSUREUR  NOM DE L'ASSUREUR  NOM DE L'ASSUREUR  Dersonnes à charge admissibles aux fins de traitement de cette demande de règlement 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 protèger au moyen de mesures de sécurité.  Je sais que seuls les renseignements personnels à leurs droits de prestation.											
SI LA DEMANDE EST FAITE POUR UN ENFANT À CHARGE, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DE NAISSANCE DU  CONJOINT OU DE LA CONJOINTE  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  seront communiqués par BPA à mes personnes à charge admissibles. Il est entendu les renseignements personnels qui me concernent (et ceux qui concernent mes personnes de la se établissements médicaux, fournisseurs de soins de santé/soins dentaires ou fourniss de services d'administration des prestations, régimes provinciaux d'assurance-malad sociétés d'assurance, organismes gouvernementaux, et organismes de vérification o d'enquête externes, et ceci aux fins de vérification de l'admissibilité aux prestations.											
Il est entendu que mon numéro d'assurance sociale demeurera stricte qu'il sera utilsé seulement aux fins de déclaration d'impôt sur le revent si les renseignements qui me concernent correspondent avec le dossi si les renseignements qui me concernent correspondent avec le dossi approprié. Je donne mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à des renseignements personnels, tel qu'il es: indiqué ci-dessus.  ET TOUTES LES AUTRES DENTS MANQUANTES DANS L'ARC DENTAIRE											
S'IL S'AGIT D'UN REMPLACEMENT, DONNER <u>LA DATE</u> DU TRAIT	EMENT PRECEDENT ET LA RAIS	ON DU REMPLACEMENT	SIGNATURE DU MEMBRE  DATE/								
			JOUR MOS ANNÉE								
6. LA PERSONNE À VOTRE CHARGE TRAVAILLE-T-EL SI OUI, DONNER LE NOM DE L'EMPLOYEUR OU DE		LA PERSONNE À	VOTRE CHARGE VA-T-ELLE À L'ÉCOLE? ☐ NON ☐ OUI								
VOTRE DEMANDE NE POURRA ÊTRE TR	AITÉE À MONIS QUE V	OUS N'AYEZ RÉPO	DNDU AU COMPLET À TOUTES LES QUESTIONS								

VOTRE DEMANDE NE POURRA ÊTRE TRAITÉE À MONIS 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