Manulife Financial

Canadian Dental Association

Group Benefits Dental Care Expense

PATIENT

LAST NAME | FIRST NAME AND INITIAL

ADDRESS

CITY | PROV. | POSTAL CODE

UNIQUE NO. | SPEC. | PATIENT'S OFFICE ACCOUNT NO.

DENTIST

PHONE NO.

I HEREBY ASSIGN MY BENEFITS PAYABLE FROM THIS CLAIM TO THE NAMED DENTIST AND AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO HIM/HER.

SIGNATURE OF PLAN MEMBER

FOR DENTIST'S USE ONLY - FOR ADDITIONAL INFORMATION, DIAGNOSIS, PROCEDURES, OR SPECIAL CONSIDERATION.

DUPLICATE FORM ☐

PRE-TREATMENT X-RAYS ARE REQUIRED FOR ESTIMATES/CLAIMS INVOLVING MAJOR DENTAL WORK.

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.

OFFICE VERIFICATION

SIGNATURE OF PATIENT (PARENT/GUARDIAN)

DATE OF SERVICE YYYY	MM	DD	PROCEDURE CODE	INTL. TOOTH CODE	TOOTH SURFACES	DENTIST'S FEE	LABORATORY CHARGE	TOTAL CHARGE
						TOTAL FEE SUBMITTED		

NS Group Claims Department
NB PO Box 1030 Stn Central
PE Halifax NS B3J 2X5
NL

QC Group Claims Department
C. P. 3888
Succ. Maison de la Poste
Montréal QC H3B 3L7

ON Group Claims Department
PO Box 4607 Stn A
Toronto ON M5W 4Z3

AB Group Claims Department
MB PO Box 2592 Stn M
SK Calgary AB T2P 5P4
BC
YT
NT
NU

Plan Sponsor | Plan contract number | Plan member certificate number

Plan Member – Last name | First name and initial | Date of birth (yyyy/mm/dd)

Address No. Street | City | Province | Postal code

Patient – Last name | First name and initial | Relationship | Date of birth (yyyy/mm/dd)

1. Is the dependant working? ☐ No ☐ Yes or Is the dependant attending school? ☐ No ☐ Yes
2. Are benefits available from another group plan? ☐ No ☐ Yes If yes, please provide the following information _____ Insurance carrier name | Plan contract number
3. If other coverage was available and has recently terminated, please provide termination date _____ (yyyy/mm/dd)

   The spouse who is covered by another medical plan must first submit his/her claim to his/her insurer. Once that has been completed, please provide Manulife Financial with a completed claim form and a copy of the settlement provided by the other carrier. Claims for children must first be submitted to the insurer of the parent whose birthday occurs first in the calendar year.
4. If for denture, bridge, crown or onlay/inlay, is this an initial placement? ☐ No ☐ Yes

   If yes, please provide date(s) teeth were extracted and all other missing teeth in arch _____ (yyyy/mm/dd)
5. If replacement, please provide date of prior placement and reason for replacement _____ (yyyy/mm/dd) Reason _____
6. If treatment is due to an accident, indicate date of accident _____ (yyyy/mm/dd)

7. Do you want any unpaid balance from this claim reimbursed from your **Health Care Spending Account?** (If Eligible) ☐ No ☐ Yes

I certify that I, my spouse and/or my dependants of minor or major age ("Dependants"), have received all goods or services claimed and that the information provided for this claim is true and complete. **I authorize** Manulife Financial ("Manulife") to collect, use, maintain and disclose personal information relevant to this claim ("Information") for the purposes of Group Benefits plan administration, audit and the assessment, investigation and management of this claim ("Purposes"). **I am authorized** by my Dependants to disclose and receive their Information, for the Purposes. **I authorize** any person or organization with Information, including any medical and health professionals, facilities or providers, professional regulatory bodies, any employer, group plan administrator, insurer, investigative agency, and any administrators of other benefits programs to collect, use, maintain and exchange this information with each other and with Manulife, its reinsurers and/or its service providers, for the Purposes. **I authorize** the use of my Social Insurance Number ("SIN") for the purposes of identification and administration, if my SIN is used as my plan member certificate number. **I agree** a photocopy or electronic version of this authorization is valid. **I understand** that Manulife's Privacy Policy and Privacy Information Package are available at www.manulife.ca/groupbenefits, or from my Plan Sponsor.

Plan Member's Signature:_____ **Date:**_____

Any Information provided to or collected by Manulife in accordance with this authorization, will be kept in a Group Benefits health file. Access to your Information will be limited to:

- Manulife employees, representatives, reinsurers, and service providers in the performance of their jobs;
- Persons to whom you have granted access; and
- Persons authorized by law.

You have the right to request access to the personal information in your file, and, where appropriate, to have any inaccurate information corrected.

Financière Manuvie

Association dentaire canadienne

Soins dentaires — Assurance collective

PATIENT

NOM DE FAMILLE PRÉNOM(S)

ADRESSE

VILLE PROV. CODE POSTAL

DENTISTE

Nº UNIQUE | SPÉC. | Nº DE DOSSIER DU PATIENT

Nº DE TÉLÉPHONE

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 PARTICIPANT

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

DUPLICATA ☐

LES RADIOGRAPHIES PRISES AVANT LE TRAITEMENT SONT NÉCESSAIRES POUR LES ESTIMATIONS/DEMANDES DE RÈGLEMENT PORTANT SUR LES SOINS MAJEURS.

IL EST ENTENDU QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE PEUVENT NE PAS ÊTRE COUVERTS PAR LE RÉGIME AUQUEL JE PARTICIPE OU N'ÊTRE COUVERTS QU'EN PARTIE. IL EST ENTENDU QUE JE SUIS FINANCIÈREMENT RESPONSABLE AUPRÈS DE MON DENTISTE DE LA TOTALITÉ DU TRAITEMENT.
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.

VÉRIFICATION

SIGNATURE DU PARTICIPANT (PARENT/TUTEUR)

DATE DU TRAITEMENT AAAA	MM	JJ	CODE DE PROCÉDURE	CODE INT. DES DENTS	FACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS
						TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS		

NS Service des règlements
NB Assurance collective
PE PO Box 1030 Stn Central
NL Halifax NS B3J 2X5

QC Service des règlements
Assurance collective
C. P. 3888
Succ. Maison de la Poste
Montréal QC H3B 3L7

ON Service des règlements
Assurance collective
PO Box 4607 Stn A
Toronto ON M5W 4Z3

AB Service des règlements
MB Assurance collective
SK PO Box 2592 Stn M
BC Calgary AB T2P 5P4
YT
NT
NU

Promoteur du régime Numéro de contrat Numéro de certificat du participant

Participant — Nom de famille Prénom(s) Date de naissance (aaaa/mm/jj)

Adresse Nº Rue Ville Province Code postal

Patient — Nom Prénom(s) Lien de parenté Date de naissance (aaaa/mm/jj)

1. La personne à charge travaille-t-elle? ☐ Non ☐ Oui ou La personne à charge est-elle étudiante? ☐ Non ☐ Oui
2. Avez-vous droit à des prestations d'un autre régime collectif? ☐ Non ☐ Oui
   Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants : _____
   Nom de l'assureur Numéro de contrat
3. Si une autre assurance était en vigueur jusqu'à tout récemment, veuillez indiquer la date de la cessation : _____ (aaaa/mm/jj)
   Si votre conjoint est couvert par un autre régime de soins médicaux, il doit d'abord présenter sa demande de règlement à son assureur. Veuillez fournir ensuite un formulaire de demande de règlement dûment rempli à la Financière Manuvie et une copie du règlement versé par l'autre assureur. Les demandes de règlement concernant les enfants doivent être présentées en premier à l'assureur du parent dont l'anniversaire survient en premier pendant l'année civile.
4. Dans le cas d'une prothèse, d'un pont, d'une couronne ou d'une incrustation (avec ou sans recouvrement), s'agit-il d'une pose initiale? ☐ Non ☐ Oui
   Si oui, veuillez préciser la ou les dates d'extraction des dents et toutes les autres dents manquantes sur l'arcade dentaire : _____ (aaaa/mm/jj)
5. S'il s'agit d'un remplacement, veuillez préciser la date de la mise en bouche précédente et les motifs du remplacement : _____ (aaaa/mm/jj)
   Motif : _____
6. Si le traitement est consécutif à un accident, indiquez la date de l'accident : _____ (aaaa/mm/jj)

7. Voulez-vous que tout solde impayé de cette demande de règlement soit remboursé à même votre **compte de crédits-santé** (le cas échéant)?
   ☐ Non ☐ Oui

Je certifie que tous les biens et services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même, mon conjoint ou les personnes à ma charge mineures ou majeures (personnes à ma charge) et que les renseignements fournis sont exacts et complets. **J'autorise** la Financière Manuvie (Manuvie) à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications et du traitement de ma demande. Les personnes à ma charge **m'autorisent** à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus. **J'autorise** toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, **j'autorise** son utilisation à des fins d'identification et d'administration. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. **Je comprends** que je peux obtenir de l'information sur la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site www.manuvie.ca/assurancecollective ou en m'adressant au promoteur du régime.

Signature du participant : _____ **Date :** _____

Tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance maladie collective. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que vous avez autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.