CANADIAN DENTAL ASSOCIATION

CANADIAN LIFE AND HEALTH INSURANCE ASSOCIATION INC.

MARITIME LIFE

PART 1 DENTIST

UNIQUE NO | SPEC | PATIENT'S OFFICE ACCOUNT NO

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

SIGNATURE OF SUBSCRIBER

PATIENT

LAST NAME GIVEN 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 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 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 THIS TOTAL FEE DUE AND PAYABLE E & OE

TOTAL FEE SUBMITTED

INSTRUCTIONS FOR CLAIM SUBMISSION

MAIL THE COMPLETED CLAIM FORM TO THE MARITIME LIFE CLAIM OFFICE IN YOUR REGION FOR PROMPT PROCESSING.

N.S. **N.B.** **P.E.I.** **NFLD.**	Group Claims Department P.O. Box 1030 Halifax, Nova Scotia B3J 2X5 (902) 453-4300
ONT.	Group Claims Department 3080 Yonge St. Suite 3040 Toronto, Ontario M4N 3P1 (416) 322-4747
QUE.	Group Claims Department 999 de Maisonneuve West Suite 1200 Montreal, Quebec H3A 3L4 (514) 288-4300
B.C. **MAN.** **YUKON** **TERR.**	Group Claims Department Suite 1404 - 1055 Dunsmuir St. P. O. Box 49284 Vancouver, British Columbia V7X 1L3 (604) 689-1429
AB. **SASK.**	Group Claims Department 450-1st Street, S. W., Suite 3410 Calgary, Alberta T2P 5H1 (403) 750-7320

PART 2 EMPLOYEE

COMPLETE THIS PART BEFORE TAKING THE FORM TO YOUR DENTIST'S OFFICE

1. Name of Employer or Plan Sponsor **Mayne Logistics Loomis** Group No. **961281**
2. Employee's Name _____ (First / Last) Social Insurance No. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3. Employee's Date of Birth ____ / ____ / ____ (Day / Month / Year) Employee/Certificate No. (If applicable) _____
4. Is this your first claim with Maritime Life? ☐ NO ☐ YES
5. Address _____ (Street / City/Town / Province / Postal Code)
6. **Are dental benefits payable for this claim from any other company or source?** ☐ **NO** ☐ **YES**
   If 'Yes' name company or source _____
7. **Do you want any unpaid balance from this claim reimbursed from your health care spending account?** ☐ **NO** ☐ **YES**
8. a) If denture, bridge or crown, is this an initial placement? ☐ NO ☐ YES
   b) If initial placement, please advise date teeth were extracted and all other missing teeth in arch: _____
   c) If replacement, give date of prior placement and reason for replacement: _____
9. Which family member are these expenses being claimed for? _____ (Name) Is this family member the (check one) ☐ Employee ☐ Spouse ☐ Son ☐ Daughter

If this family member is a spouse or child, complete the following information:

10. Dependent's Date of Birth ____ / ____ / ____ (Day / Month / Year)
11. Is this dependent working? ☐ NO ☐ YES Is this dependent attending school? ☐ NO ☐ YES
    If 'YES' give name of employer or school _____
12. If treatment is due to an accident, indicate date of accident and details

I authorize the release of any information or records requested in respect of this claim to the Insurer/Administrator and/or Contract holder and certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge. I authorize the use of my Social Insurance Number (SIN) for claim identification purposes only.

Signature of Employee _____ Date _____

Association dentaire canadienne

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes

LA MARITIME

1re PARTIE – DENTISTE

N° UNIQUE	SPEC	N° DE DOSSIER DU PATIENT

PATIENT

NOM PRÉNOM

ADRESSE APP

VILLE PROV CODE POSTAL

DENTISTE

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 ☐

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.

SIGNATURE DU PATIENT, DES PARENTS OU DU TUTEUR

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

COMMENT PRÉSENTER LA DEMANDE

VEUILLEZ EXPÉDIER LA FORMULE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLIE AU BUREAU DE RÈGLEMENTS DE LA MARITIME DE VOTRE RÉGION

N.-É **N.-B.** **Î. - P.-É.** **T.-N.**	Service des règlements – Assurance collective C.P. 1030 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2X5 (902) 453-4300
QUÉ.	Service des règlements – Assurance collective 999, boul. de Maisonneuve ouest Bureau 1200 Montréal (Québec) H3A 3L4 (514) 288-4300
ONT.	Service des règlements –Assurance collective 3080,rue Yonge Bureau 3040 Toronto (Ontario) M4N 3P1 (416) 322-4747
C.-B. **MAN.** **YUKON** **T.- N.-O**	Service des règlements – Assurance collective 1055, rue Dunsmuir, bureau 1404 C. P. 49284 Vancouver (Colombie-Britannique) V7X 1L3 (604) 689-1429
ALB. **SASK.**	Service des règlements – Assurance collective 450, 1re Rue. S.O., Bureau 3410 Calgary (Alberta) T2P 5H1 (403) 750-7320

2e PARTIE – SALARIÉ

REMPLIR CETTE PARTIE AVANT DE LA PRÉSENTER AU DENTISTE

1. Nom de l'employeur ou Responsable du régime **Mayne Logistique Loomis** N° du régime d'assurance **961281**

2. Nom du salarié _____ (Prénom) _____ (Nom) N° d'assurance sociale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. Date de naissance du salarié ____ (Jour) / ____ (Mois) / ____ (Année) Certificat n° (s'il y a lieu) _____

4. Est-ce votre première demande de prestations auprès de La Maritime? ☐ NON ☐ OUI

5. Adresse _____ (Rue) _____ (Ville) _____ (Province) _____ (Code postal)

6. **Les frais ci-dessus sont-ils couverts par une autre compagnie ou une autre source? ☐ NON ☐ OUI**
   Laquelle? _____

7. **Désirez-vous que le solde impayé vous soit remboursé de votre compte de dépenses médicales? ☐ NON ☐ OUI**

8.. a) Dans le cas d'une prothèse, d'un pont ou d'une couronne, est-ce une pose initiale? ☐ NON ☐ OUI
   b) Si c'est une pose initiale, veuillez indiquer la date de l'extraction des dents et toutes les autres dents manquantes au maxillaire: _____
   c) Si c'est un remplacement, indiquez la date du placement précédent et la raison du remplacement: _____

9. Pour quel membre de la famille les frais ont-ils été encourus? _____ (Nom) Cocher la case voulue: ☐ Salarié ☐ Conjoint ☐ Fils ☐ Fille

Si cette personne est le conjoint ou l'enfant, donner les renseignements suivants:

10. Date de naissance ____ (Jour) / ____ (Mois) / ____ (Année)

11. La personne à charge travaille-t-elle? ☐ NON ☐ OUI L'enfant fréquente-t-il une école? ☐ NON ☐ OUI
    Nom de l'employeur ou de l'école _____

12. Si les soins sont attribuables à un accident, date et description _____

J'autorise la divulgation de tout renseignement ou de tout dossier relatif à la présente demande à l'Assureur, à l'Administrateur ou au Titulaire du contrat et je certifie que les renseignements donnés sont à ma connaissance complets et exacts. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour fin d'identification seulement.

Signature du salarié _____ Date _____