



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.										
P A T I E N T	LAST NAME	GIVEN NAME		D E N T I S T	PHONE NO.			SIGNATURE OF SUBSCRIBER									
ADDRESS	APT.																
CITY	PROV.	POSTAL CODE		FOR DENTIST'S USE ONLY, FOR ADDITIONAL INFORMATION, DIAGNOSIS, PROCEDURES, OR SPECIAL CONSIDERATION.													
DUPLICATE FORM <input type="checkbox"/>																	
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.													
DUPLICATE FORM <input type="checkbox"/>				I AUTHORIZE RELEASE OF THE INFORMATION CONTAINED IN THIS CLAIM FORM TO MY INSURING COMPANY/PLAN ADMINISTRATOR. I ALSO AUTHORIZE THE COMMUNICATION OF INFORMATION RELATED TO THE COVERAGE OF SERVICES DESCRIBED IN THIS FORM TO THE NAMED DENTIST.													
DUPLICATE FORM <input type="checkbox"/>				SIGNATURE OF PATIENT (PARENT/GUARDIAN) _____													
DUPLICATE FORM <input type="checkbox"/>				OFFICE VERIFICATION _____													
DATE OF SERVICE				PROCEDURE		INLT. TOOTH		TOOTH		DENTIST'S		LABORATORY		TOTAL CHARGES		INSTRUCTIONS	
DAY		MO.		YR.		CODE		CODE		SURFACES		FEE		CHARGE		All claims under this group benefits plan are submitted through the plan member. We may exchange personal information about claims with the plan member and a person acting on his or her behalf when necessary to confirm eligibility and to mutually manage the claims. 1. Have your dentist complete Part 1. 2. Employee completes Parts 2 and 3. 3. If you wish benefits to be paid directly to the dentist, sign the assignment portion of Part 1 above. Assignment of benefits is irrevocable. Great-West Life may discuss details of this claim with the assignee. 4. Send this claim to: Winnipeg Benefit Payments P.O. Box 3050 Winnipeg MB R3C 0E6 Toll Free: 1-800-957-9777 Or: (204) 942-3589  For the deaf or hard of hearing: Toll Free: 1-800-990-6654 Or: (204) 946-7281	
THIS IS AN ACCURATE STATEMENT OF SERVICES PERFORMED AND THE TOTAL FEE DUE AND PAYABLE, E. & O.E.												TOTAL FEE SUBMITTED					

PART 2 EMPLOYEE INFORMATION		
Plan Number 51801	Division Number _____	Employee Identification Number _____
Plan Name CARLETON UNIVERSITY		
Employee Name _____		Date of birth ____ / ____ / ____ Day Month Year
Employee address _____		
At Great-West Life, we recognize and respect the importance of privacy. Personal information that we collect will be used for the purposes of assessing your claim and administering the group benefits plan. I authorize Great-West Life, any healthcare provider, my plan administrator, other insurance or reinsurance companies, administrators of government benefits or other benefits programs, other organizations, or service providers working with Great-West Life to exchange personal information when necessary for these purposes. I certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.		
Employee's Signature _____		Date _____

PART 3 COORDINATION OF BENEFITS	
1. Patient's relationship to you _____	2. Patient's date of birth ____ / ____ / ____ Day Month Year
3. If the patient is a child, does the patient reside with you? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
4. If the child is over 18: a) Is he/she a full-time student? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
b) If student, how many hours per week at school? _____	
c) Is he/she employed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, how many hours worked per week? _____	
5. a) Are you or any other member of your family entitled to benefits under any other plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, name of family member insured _____ Relationship to employee _____	
Name of other insurance company _____ Policy Number _____	
b) Is any member of your family (other than yourself) insured as an employee under this plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
c) If yes to questions 5 a) or b), and the patient is a dependent child, please provide spouse's Date of Birth ____ / ____ / ____ Day Month Year	
6. Is this treatment required as the result of an accident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, give date, location, and explain how accident happened _____	
7. Is a claim being made for Worker's Compensation Benefits? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
8. If claim is for denture, crown or bridge, is this initial placement? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, give date of prior placement and reason for replacement. _____	

Veuillez écrire en caractères d'imprimerie.

PARTIE 1 - DENTISTE			N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT	JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES AUX TERMES DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.	
P A T I E N T	NOM	PRÉNOM	D E N T I S T E	TÉLÉPHONE	SIGNATURE DU PARTICIPANT		
	ADRESSE	APP.					
	VILLE	PROV.					CODE POSTAL
RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDURES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.			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 AU GESTIONNAIRE DU RÉGIME. J'AUTORISE ÉGALEMENT LA DIVULGATION DE L'INFORMATION LIÉE À LA COUVERTURE DES SOINS DÉCRITS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE AU DENTISTE NOMMÉ DÉSIGNÉ. SIGNATURE DU PATIENT (DES PARENTS OU DU TUTEUR) _____				
DUPLICATA <input type="checkbox"/>			VÉRIFICATION				
						DIRECTIVES	
DATE DU TRAITEMENT	CODE DE LA PROCÉDURE	CODE INT. DE LA DENT	SURFACES DE LA DENT	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	<p>Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de la vérification de l'admissibilité et de la gestion des demandes de règlement.</p> <ol style="list-style-type: none"> Faites remplir la partie 1 par votre dentiste. Remplissez les parties 2 et 3 réservées au salarié. Si vous voulez que le paiement soit fait directement au dentiste, signez l'autorisation à cet effet à la partie 1 ci-dessus. La cession des prestations est irrévocable. La Great-West peut discuter des renseignements relatifs à cette demande de règlement avec le cessionnaire. Envoyez la présente demande de règlement à : Service des indemnités de Winnipeg Case postale 3050 Winnipeg (Manitoba) R3C 0E6 Sans frais : 1 800 957-9777 ou Tél. : 204 942-3589  Pour les sourds et les malentendants : Numéro sans frais : 1 800 990-6654 Téléphone : 204 946-7281
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.						TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS	

PARTIE 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ	
Régime n° <u>51801</u>	Division n° _____
Numéro d'identification du salarié _____	
Nom du régime UNIVERSITÉ CARLETON	
Nom du salarié _____	Date de naissance ____ / ____ / ____
Adresse du salarié _____	
<p>À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, tout administrateur de programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, de même que toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires, aux fins précitées. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.</p>	
Signature du salarié _____	Date _____

PARTIE 3 - COORDINATION DES PRESTATIONS	
1. Lien de parenté du patient avec le salarié : _____	2. Date de naissance du patient ____ / ____ / ____
3. Si le patient est un enfant, demeure-t-il avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Jour Mois Année
4. Si le patient est un enfant âgé de 18 ans ou plus :	
a) Étudie-t-il à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	b) S'il est étudiant, combien d'heures de cours a-t-il par semaine? _____
c) Travaille-t-il? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, précisez combien d'heures par semaine. _____	
5. a) Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'un autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, précisez le nom du membre de la famille assuré _____ Lien de parenté avec le salarié _____	
Nom de l'autre assureur _____ Police n° _____	
b) Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre de salarié par le présent régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
c) Dans l'affirmative à la question 5 a) ou b) ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, donnez la date de naissance du conjoint. ____ / ____ / ____	
Jour Mois Année	
6. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, donnez la date et l'endroit de l'accident et décrivez ce qui s'est produit. _____	
7. Une demande a-t-elle été présentée à la CSST? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
8. Le cas échéant, les prothèses, couronnes ou ponts sont-ils mis en place pour la première fois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans la négative, indiquez la date de la dernière mise en place et dites pourquoi les prothèses, couronnes ou ponts doivent être remplacés.	