

Please print

1. DENTIST

Last Name _____ Given Name _____ Address _____ Apt. _____ City _____ Prov. _____ Postal Code _____	Unique N° _____ Spec. _____ Patient's office account N° _____ Phone No: _____	I hereby assign my benefits payable from this claim to the named dentist and authorize payments directly to him/her. _____ Signature of Subscriber
--	--	--

For Dentist's use only. For additional information, diagnosis, procedures, or special consideration. DUPLICATE FORM <input type="checkbox"/>	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 or guardian) Office verification/Dentists signature
---	--

Date of service			Procedure code				Inil. tooth code	Tooth surfaces	Dentist's fee	Laboratory charge	Total charges
Day	Month	Year									
This is an accurate statement of services performed and the total fee due and payable, E & OE.									TOTAL FEE SUBMITTED		

REMINDER

PLEASE REFER TO YOUR EMPLOYEE SUMMARY OF BENEFITS TO CONFIRM THE AMOUNT OF TIME YOU HAVE TO SUBMIT A CLAIM.

THIS FORM MUST BE COMPLETED IN FULL. INCOMPLETE FORMS WILL BE RETURNED TO YOU, WHICH WILL DELAY THE PROCESSING OF THE CLAIM.

2. EMPLOYEE STATEMENT *We recommend that any service exceeding \$500 be approved by the insurer before the treatment begins.

Group Contract Number _____ Certificate Number _____

Employer _____

Employee Last name and given name _____ Date of Birth : day _____ / month _____ / year _____ Sex F M

Employee Address: _____

WOULD YOU LIKE YOUR CLAIMS PAYMENTS DEPOSITED DIRECTLY INTO YOUR BANK ACCOUNT? Yes No I am attaching a void cheque in order to benefit from that service. Once you have provided a void cheque, only send another void cheque if you change your bank information.

3. COORDINATION OF BENEFITS

Does your spouse and/or children have coverage under any other medical plan or contract? Yes No If yes, please complete the following:

Spouse's date of birth (D/M/Y) _____ Insurance company, policy number and certificate number _____

4. PATIENT INFORMATION

1. Patient's relationship to insured: Member Spouse Child
2. Patient's date of birth: day _____ / month _____ / year _____
3. If this claim is for a child 21 years of age or older please indicate the following:
 Is the child handicapped?
 Is the child a full-time student?
4. Is this treatment the result of an accident? Yes No If yes, please complete the following:
 Date of the accident _____ Location of accident: Home Work Other
 Explain how the accident occurred: _____
5. If this claim is for dentures, crowns or bridges, is this the initial placement? Yes No
 If no, please indicate the date of the prior placement and reason for replacement: Date _____ Reason _____
6. Is this treatment for orthodontic purposes Yes No Implants? Yes No

5. AUTHORIZATION

Personal information we collect from you is kept in strict confidence and will be used to assess your claim and to administer the group benefit plan. I authorize the use of my certificate number as an identification number where it is required in the administration of my group benefit plan. I authorize Cowan, any healthcare provider, my plan administrator, other insurance companies, other organizations, or benefit service providers working with Cowan to exchange information when necessary to assess my claim and to administer the group benefit plan. I certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.

Signature of employee _____ Date _____

MAIL YOUR COMPLETED FORM TO THE FOLLOWING ADDRESS:

Cowan Insurance Group
 700-1420 Blair Place
 Ottawa, Ontario K1J 9L8
 Telephone: 1-888-509-7797 or 613-741-3313

1. DENTISTE

Nom _____ Prénom _____		N° unique _____ Spéc. _____	N° de dos. du patient _____	Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables au titre de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement. Signature de l'employé _____
P A D I E N T	Adresse _____ App. _____	D E N T I S T E Téléphone : _____		
	Ville _____ Prov. _____ Code postal _____			

Réservé au dentiste pour renseignements supplémentaires sur le diagnostic, procédure ou considérations particulières.

DUPLICATA

Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas remboursés par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient remboursés 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 mon assureur ou à l'administrateur du régime.

Signature du patient (parent ou tuteur) _____ Vérification du bureau/Signature du dentiste _____

Date du traitement Jour Mois Année	Code de l'acte	Code init. des dents	Surfac es des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreur et omission.				TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS		

RAPPEL

VEUILLEZ CONSULTER LE SOMMAIRE DES GARANTIES POUR CONFIRMER LE DÉLAI DONT VOUS DISPOSEZ POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE.

LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI AU COMPLET. SANS QUOI, IL VOUS SERA RETOURNÉ, ET LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE SERA AINSI RETARDÉ.

2. DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ *Nous recommandons que les traitements de plus de 500 \$ soient approuvés préalablement par l'assureur.

Régime N° _____ N° du certificat _____

Nom de l'employeur _____

Nom de l'employé _____ Date de naissance : jour _____ / mois _____ / année _____ Sexe F H

Adresse de l'employé : _____

DÉSIREZ-VOUS QUE LE REMBOURSEMENT DES FRAIS À L'ÉGARD DES SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRE SOIT VIRÉ AUTOMATIQUÉMENT À VOTRE COMPTE BANCAIRE, GRÂCE AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT ? Oui , je joins un chèque portant la mention « Annulé » afin de profiter de ce service. Veuillez noter que l'envoi d'un seul chèque portant la mention « Annulé » sera nécessaire. Toutefois, si vous changez de compte bancaire, vous devrez nous fournir un nouveau chèque.

3. RENSEIGNEMENTS POUR LA COORDINATION DES INDEMNITÉS

Est-ce que votre conjoint(e) et/ou votre (vos) enfant(s) est(sont) couvert(s) par un autre régime d'assurance collective? Oui Non Si oui, veuillez compléter ce qui suit :

Date de naissance de votre conjoint(e) (J/M/A) _____ Compagnie d'assurance, numéro de la police et numéro de certificat _____

4. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

3. Lien de parenté du patient avec l'employé participant au régime : Lui-même Conjoint(e) Enfant

4. Date de naissance du patient : jour _____ / mois _____ / année _____

3. Si la réclamation est pour un enfant âgé de 21 ans ou plus, veuillez compléter ce qui suit :
L'enfant est-il handicapé? L'enfant est-il un étudiant à temps plein?

4. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? Oui Non Si oui, veuillez compléter ce qui suit :
Date de l'accident _____ Endroit où l'accident a eu lieu Travail Maison Autre _____
Veuillez expliquer comment l'accident est survenu _____

5. Le cas échéant, les prothèses, couronnes ou ponts sont-ils mis en place pour la première fois? Oui Non
Dans la négative, veuillez indiquer la date de la dernière mise en place et la raison du remplacement : Date _____ Raison _____

6. S'agit-il d'un traitement d'orthodontie ? Oui Non Implants? Oui Non

5. AUTORISATION

Les renseignements personnels que nous recueillons sont conservés dans la plus grande confidentialité et serviront à l'évaluation de votre demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise l'utilisation de mon numéro de certificat à titre de numéro d'identification lorsqu'il est nécessaire dans l'administration de mon régime collectif. J'autorise Cowan, tout fournisseur de soins de santé, mon gestionnaire de régime, toute compagnie d'assurance, toute organisation ou tout fournisseur d'avantages sociaux travaillant avec Cowan à échanger les renseignements, au besoin, aux fins d'évaluer ma demande de règlement et de gérer le régime collectif. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.

Signature de l'employé _____ Date _____

FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE À L'ADRESSE SUIVANTE :

Groupe Assurance Cowan
700-1420 place Blair
Ottawa (Ontario) K1J 9L8
Telephone: 1-888-509-7797 ou 613-741-3313