

**MAIL TO: ECLIPSE FINANCIAL
 C/O TPA SERVICES
 876 RIVERSIDE DRIVE, TIMMINS, ON P4N 3W2**

STANDARD DENTAL CLAIM FORM

PART 1: DENTIST	UNIQUE #	SPEC	PATIENT ACCOUNT	I HEREBY ASSIGN MY BENEFITS PAYABLE FROM THIS CLAIM TO THE NAMED DENTIST AND AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO HIM /HER _____ SIGNATURE OF SUBSCRIBER
PATIENT	DENTIST			

FOR DENTIST'S USE ONLY – FOR ADDITIONAL INFORMATION, DIAGNOIS, PROCEDURES OR SPECIAL CONSIDERATION DUPLICATE FORM _____	I UNDERSTAND THAT THE FEES LISTED IN THIS CLAIM MAY NOT BE COVERED 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 RENEDEDERED. I AUTHORIZE RELEASE OF THE INFORMATION CONTAINED IN THIS CLAIM FORM TO MY INSURING COMPANY / PLAN ADMINISTOR. _____ SIGNATURE OF PATIENT (PARENT/GUARDIAN)
--	---

DATE			PROCEDURE CODE	INTERNAL TOOTH CODE	TOOTH SURFACE	LAB CHARGES	TOTAL CHARGES	FOR CARRIER USE			
DAY	MO	YR						ALLOWED AMOUNT	INC	%	PATIENT SHARE
								CHEQUE NO.		DATE	
								DEDUCTIBLE:	PATIENT PAYS	PLAN PAYS	

THIS IS AN ACCURATE STATEMENT OF SERVICES PERFORMED AND THE TOTAL FEE DUE AND PAYABLE, E & OE.	TOTAL FEE SUBMITTED:	CLAIM NO.
--	----------------------	-----------

AUTHORIZATION

Personal information collected will be used for the purposes of assessing your claim and administering the group benefits plan. I authorize Eclipse Financial, any dental care provider, my plan administrator, other insurance or reinsurance companies, administrators of government benefits or other benefits programs, other organizations or service providers working with Eclipse Financial 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. A copy of this authorization shall be as valid as the original.

PART 2 – EMPLOYEE / PLAN MEMBER / SUBSCRIBER

1 GROUP POLICY / PLAN NO. EMPLOYER NAME OF INSURING AGENCY OR PLAN ECLIPSE FINANCIAL	2 NAME CERT/SIN/ID NO. DATE OF BIRTH (D/M/YR)
---	--

PART 3 – PATIENT INFORMATION

1 PATIENT: RELATIONSHIP TO EMPLOYEE / PLAN MEMBER / SUBSCRIBER DATE OF BIRTH (D/M/YR) IF CHILD INDICATE: STUDENT _____ HANDICAPPED _____ IF STUDENT, INDICATE SCHOOL: PATIENT ID NO. 2 ARE ANY BENEFITS OR SERVICES PROVIDED UNDER ANY OTHER GROUP INSURANCE OR DENTAL PLAN, W.C.B. OR GOV'T PLAN? NO _____ YES _____ POLICY NO. SPOUSE DATE OF BIRTH: NAME OF OTHER INSURANCE AGENCY OR PLAN	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">Yes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 IS ANY TREATMENT REQUIRED AS THE RESULT OF AN ACCIDENT? IF YES, GIVE DATE AND DETAIL SEPARATELY</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td>4 IF DENTURE, CROWN OR BRIDGE, IS THIS INITIAL PLACEMENT? GIVE DATE OR PRIOR PLACEMENT AND REASON FOR REPLACEMENT. GIVE DATE & DETAILS SEPARATELY</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td>5 IS ANY TREATMENT REQUIRED FOR ORTHODONTIC PURPOSES?</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </tbody> </table>		No	Yes	3 IS ANY TREATMENT REQUIRED AS THE RESULT OF AN ACCIDENT? IF YES, GIVE DATE AND DETAIL SEPARATELY			4 IF DENTURE, CROWN OR BRIDGE, IS THIS INITIAL PLACEMENT? GIVE DATE OR PRIOR PLACEMENT AND REASON FOR REPLACEMENT. GIVE DATE & DETAILS SEPARATELY			5 IS ANY TREATMENT REQUIRED FOR ORTHODONTIC PURPOSES?		
	No	Yes											
3 IS ANY TREATMENT REQUIRED AS THE RESULT OF AN ACCIDENT? IF YES, GIVE DATE AND DETAIL SEPARATELY													
4 IF DENTURE, CROWN OR BRIDGE, IS THIS INITIAL PLACEMENT? GIVE DATE OR PRIOR PLACEMENT AND REASON FOR REPLACEMENT. GIVE DATE & DETAILS SEPARATELY													
5 IS ANY TREATMENT REQUIRED FOR ORTHODONTIC PURPOSES?													

DATE: (D/M/YR) _____

 SIGNATURE OF EMPLOYEE / PLAN MEMBER / SUBSCRIBER

(FRANÇAIS AU VERSO)

ENVOYER À: ECLIPSE FINANCIAL
A/S SERVICES TPA
876 PROMENADE RIVERSIDE, TIMMINS (ONTARIO) P4N 3W2

FORMULAIRE ASSURANCE DENTAIRE

PARTIE 1: DENTISTE	# UNIQUE	SPÉC.	DOSSIER DU PATIENT	JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLE EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.
PATIENT	DENTISTE	SIGNATURE DU PARTICIPANT		

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 RÉNUMÉRER POUR TOUT LES SOINS RENDUS. JE RECONNAIS QUE LE TOTAL DES HONORAIRES S'ÉLÈVE À _____ \$ ET QUE CE MONTANT EST EXACT ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ POUR LES SOINS REÇUS. JE CONSENS À CE QUE TOUTS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À ECLIPSE FINANCIAL OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME. J'AUTORISE ÉGALEMENT LA DIVULGATION DE L'INFORMATION LIÉE À LA COUVERTURE DES SERVICES DÉCRITS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE AU DENTISTE NOMMÉMENT DÉSIGNÉ.

DUPLICATA _____

SIGNATURE DU PATIENT (PARENTS/TUTEUR)

DATE			CODE DE LA PROCÉDURE	CODE INT. DES DENTS	SURFACE DES DENTS	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	POUR UTILISATION DE L'ASSUREUR			
JOUR	MOIS	ANNÉE						MONTANT PERMIT	INC	%	PORTION DU PATIENT
								CHEQUE NO.		DATE	
								DÉDUCTIBLE:	PATIENT PAIE	LE PLAN PAIE	
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.					TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS:			# DE RÉCLAMATION			

AUTORISATION

Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise Eclipse Financial, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec Eclipse Financial à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, aux fins précitées. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ

1 # DU RÉGIME	2 NOM
EMPLOYEUR	# D'IDENTIFICATION
NOM DE L'ASSUREUR	DATE DE NAISSANCE (J/M/A)

ECLIPSE FINANCIAL

PART 3 – COORDINATION DES PRESTATIONS

1 PATIENT: LIEN DE PARENTÉ AVEC LE SALARIÉ	3 LE TRAITEMENT EST-IL NÉCESSAIRE PAR SUITE D'UN ACCIDENT?	NON	OUI
DATE DE NAISSANCE (J/M/A)	SI OUI, DÉCRIREZ CE QUI S'EST PRODUIT.		
SI ENFANT: ÉTUDIANT _____ HANDICAPANT _____	4 LE CAS ÉCHEANT, LES PROTHÈSES COURONNES OU PONTS SONT-ILS MIS EN PLACE POUR LA PREMIÈRE FOIS? SI OUI, DÉCRIREZ LA RAISON POUR LE REMPLACEMENT.		
SI ÉTUDIANT, INDIQUE L'ÉCOLE:	5 A-T-IL TRAITEMENT POUR ORTHODONTIQUES?		

DU PATIENT _____

2 AVEZ-VOUS DROIT OU MEMBRE DE VOTRE FAMILLE A-T-IL DROIT À DES PRESTATIONS D'UNE AUTRE SOURCE? NON _____ OUI _____

DU RÉGIME _____ DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT (J/M/A) _____

NOM DE L'AUTRE ASSUREUR _____

DATE: (J/M/A) _____

SIGNATURE DU SALARIÉ

(ENGLISH ON REVERSE SIDE)