



## DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

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 d'avantages sociaux.

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une demande de règlement de frais engagés pour des soins dont j'ai bénéficié ou dont un membre admissible de ma famille a bénéficié. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou d'une de mes personnes à charge, je suis autorisé à communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du versement de prestations, le cas échéant.

Si la demande de règlement comprend un montant aux termes du Compte gestion-santé, j'atteste que ce montant est admissible à titre de frais médicaux aux fins de l'impôt sur le revenu. J'atteste également que les personnes à l'égard desquelles je présente une demande de règlement sont admissibles et me comprennent ainsi que mon conjoint et mes personnes à charge selon les dispositions du Compte gestion-santé. Je comprends que si le remboursement de ces frais donne lieu à des conséquences fiscales, je serai la seule personne responsable des impôts à payer.

J'autorise Avantage Maximum et ses assureurs à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime. Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Instructions (Veuillez lire attentivement.)

Le dentiste doit remplir la partie ombragée. L'employé remplit toutes les autres sections. Pour éviter tout retard dans le traitement de la présente demande, assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.

Faites parvenir votre demande de règlement dûment remplie à l'adresse suivante :  
**Avantage Maximum**  
1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4  
Téléphone 1 888 558 7609 • Télécopieur 1 877 526 2515 • [info@avantagemaximum.ca](mailto:info@avantagemaximum.ca)



### VOUS DÉSIREZ QUE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT SOIENT TRAITÉES PLUS RAPIDEMENT? TRANSMETTEZ VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT EN LIGNE

- Rendez-vous à l'adresse [www.mes-avantages.ca](http://www.mes-avantages.ca) et inscrivez-vous au site protégé à l'intention des participants.
- Demandez le virement automatique des prestations.
- Transmettez vos demandes de règlement en ligne pour **SAUVER UN ARBRE, ÉCONOMISER DU TEMPS ET DE L'ARGENT!**
- Téléchargez l'appli à partir de Google Play (Play Store) ou Apple Store.

