

Numéros d'entreprise/de division \_\_\_\_\_ Numéro de certificat \_\_\_\_\_

## DEMANDE DE RÉGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

D E N T I S T E	N° unique _____	Spéc. _____	N° de dossier du patient _____	P A T I E N T	Nom du patient _____
	_____				Adresse (domicile) _____
	_____				Ville _____
	N° de téléphone _____				Province _____ Code postal _____
	_____				_____

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						
<b>TOTAL DES HONORAIRES</b>								

**RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, OU LES ACTES, OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.**

**CESSION FACULTATIVE DES INDEMNITÉS**  
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 de l'employé** \_\_\_\_\_

Voici un relevé exact des services rendus et du total des honoraires payables, sauf erreurs ou omissions. **Signature du dentiste** \_\_\_\_\_

- Nom de l'employeur \_\_\_\_\_
- Nom et adresse de l'employé \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Date de naissance de l'employé (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_ Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_
- Lien de parenté du patient avec l'employé \_\_\_\_\_
- Si votre entreprise a un **Compte gestion-santé**, veuillez appliquer le solde de cette demande de règlement à cette garantie.  Non  Oui
- Avez-vous droit, ou un membre de votre famille a-t-il droit, à des prestations en vertu d'un autre régime collectif?  Non  Oui  
Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille qui est assuré.  
\_\_\_\_\_
- Nom de l'assureur \_\_\_\_\_ Date de naissance du conjoint (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_
- Ces soins sont-ils requis par la suite d'un accident?  Non  Oui  
Dans l'affirmative, indiquez la date et donnez des précisions de l'accident. \_\_\_\_\_
- La demande porte-t-elle sur un enfant à charge ayant dépassé l'âge limite?  Non  Oui  
L'enfant :  a une incapacité physique/mentale (Une attestation médicale pourrait être exigée.)  
 est un étudiant inscrit à **temps plein** à l'établissement d'enseignement suivant (fournir le nom) \_\_\_\_\_
- S'il s'agit d'un traitement pour une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche?  Non  Oui  
Dans la négative, indiquez la date de la mise en bouche précédente et les raisons du remplacement \_\_\_\_\_
- Des soins orthodontiques sont-ils requis?  Non  Oui

## 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

### 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.

