



## DEMANDE DE COMPTE GESTION-SANTÉ

**Vous devez utiliser le présent formulaire pour demander le remboursement de frais admissibles, jusqu'à concurrence du maximum accordé aux termes du Compte gestion-santé (CGS) de votre régime. Si le formulaire n'est pas rempli en entier, il vous sera retourné sans remboursement.**

Si vous désirez coordonner vos frais entre votre régime d'assurance collective et votre Compte gestion-santé, vous devez joindre la présente demande à une demande de règlement pour soins médicaux ou pour soins dentaires dûment remplie accompagnée de reçus originaux.

**ou**

Si vous avez déjà présenté une demande de règlement et désirez demander le remboursement de la partie des frais non remboursée, vous devez présenter le présent formulaire accompagné du relevé des prestations original.

### Renseignements sur l'employé

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_ Numéros d'entreprise/de division \_\_\_\_\_

Nom au complet de l'employé \_\_\_\_\_ Numéro de certificat \_\_\_\_\_

Montant du remboursement \_\_\_\_\_ \$

### Autorisation

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.

J'atteste que ce montant est admissible à titre de frais médicaux aux fins de la Loi 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 la définition du Compte gestion-santé. Je comprends que si le remboursement de ces frais donne lieu à des conséquences fiscales, c'est moi qui serai 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. Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

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

**Faites parvenir le présent formulaire accompagné d'une demande de règlement dûment remplie ou du relevé des prestations à l'adresse suivante :**

**Avantage Maximum**  
1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4

**Tous les renseignements contenus dans le présent formulaire sont confidentiels.**

**AVANTAGE MAXIMUM – CENTRE DE SERVICE**  
1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4 • 1 888 558 7609