

RÉGIME MÉDICAL DES MARINS

1333 RUE SAINT-JACQUES - 2^e ÉTAGE
 MONTRÉAL QC H3C 4K2
 TÉL. : (514) 931-7859 FAX : (514) 931-3667

**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR LE REMBOURSEMENT DE MÉDICAMENTS ET D'INJECTIONS**

Veillez remplir ce formulaire en entier et y joindre vos reçus originaux qui vous seront retournés.

Nom du marin		N° d'union	N° d'assurance sociale	Nom de la compagnie			Nom du dernier navire	
Adresse		App.	Ville	Prov.	Code postal	No de téléphone () -		
Prénom du patient	Date de naissance du patient	Lien de parenté	Nom de la pharmacie	Date de l'achat	D.I.N.	Nom du médicament	Dose prescrite (ex : 1 comprimé, 2 X/jour)	Montant payé
	J M A			J M A				
	J M A			J M A				
	J M A			J M A				
	J M A			J M A				
	J M A			J M A				
	J M A			J M A				
	J M A			J M A				
	J M A			J M A				
	J M A			J M A				
	J M A			J M A				
	J M A			J M A				
	J M A			J M A				
	J M A			J M A				

Le/la conjoint(e) du marin est-il/elle marin aussi? OUI NON

Le/la conjoint(e) du marin est-il/elle couvert(e) par une autre assurance pour médicaments et injections? OUI NON

J'atteste par la présente que toutes les informations ci-dessus sont véridiques, exactes et complètes, et que les documents soumis sont authentiques. S'il s'avérait que lesdits documents soumis en mon nom aient été falsifiés, je reconnais que je pourrais faire l'objet d'une suspension de prestations.

Signature du marin ou du conjoint : _____

Date : _____
 Jour Mois Année