RÉGIME MÉDICAL DES MARINS
1333 ST-JACQUES
MONTRÉAL QC H3C 4K2
TÉL. : (514) 931-7859
FAX : (514) 931-3667

DEMANDE D'INDEMNISATION DES SOINS DENTAIRES FORMULAIRE NORMALISÉ

Association dentaire canadienne

1re PARTIE - DENTISTE

N° UNIQUE | SPÉC. | N° DE DOSSIER DU PATIENT

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 DU MARIN OU DU CONJOINT

PATIENT: NOM PRÉNOM
ADRESSE APP.
VILLE PROV. CODE POSTAL

DENTISTE: NOM
ADRESSE
TÉLÉPHONE

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

DUPLICATA ☐

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 RÉMUNÉRÉ POUR TOUS LES SOINS RENDUS. JE *RECONNAIS QUE* LE TOTAL DES HONORAIRES S'ÉLÈVE À _____ $, QUE CE MONTANT EST EXACT ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ POUR LES SOINS REÇUS. JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME MÉDICAL DES MARINS.

SIGNATURE DU MARIN OU DU CONJOINT

VÉRIFICATION / SIGNATURE DU DENTISTE

DATE DU TRAITEMENT J	M	A	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS

RÉSERVÉ AU RÉGIME MÉDICAL DES MARINS

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

COMMENT PRÉSENTER LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

1. FAITES REMPLIR LA 1re PARTIE PAR LE DENTISTE.
2. REMPLISSEZ LES PARTIES 2 ET 3 CI-DESSOUS.
3. REMPLISSEZ UN FORMULAIRE DE RÉCLAMATION BLEU (Déclaration du marin).
4. RETOURNEZ LES 2 FORMULAIRES AU RÉGIME MÉDICAL DES MARINS.

2e PARTIE - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MARIN

NOM DU MARIN : _____ N° D'UNION _____ N° D'ASSURANCE SOCIALE _____

3e PARTIE - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

1. PATIENT : LIEN DE PARENTÉ AVEC LE MARIN _____

   DATE DE NAISSANCE : JOUR_____ MOIS_____ ANNÉE_____

2. SI LA DEMANDE DE RÈGLEMENT CONCERNE UN ENFANT À CHARGE, CET ENFANT EST-IL INVALIDE DE FAÇON PERMANENTE? ☐ OUI NON ☐

   MARIÉ? ☐ OUI NON ☐

3. SI LA DEMANDE DE RÈGLEMENT CONCERNE LE/LA CONJOINT(E), EST-IL(ELLE) COUVERT(E) PAR UNE AUTRE ASSURANCE POUR LES SOINS DENTAIRES? ☐ OUI NON ☐

   SI «OUI», LA RÉCLAMATION DEVRA ÊTRE SOUMISE À L'AUTRE RÉGIME D'ASSURANCE ET NON AU RÉGIME MÉDICAL DES MARINS.

4. TOUT TRAITEMENT CI-DESSUS A-T-IL ÉTÉ DISPENSÉ AUX FINS D'ORTHODONTIE? ☐ OUI NON ☐

5. A) UN TRAITEMENT EST-IL RENDU NÉCESSAIRE À LA SUITE D'UN ACCIDENT? ☐ OUI NON ☐

   INDIQUEZ LA DATE ET PRÉCISEZ_____

   B) DEMANDE D'INDEMNITÉ SOUMISE AUPRÈS DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL? ☐ OUI NON ☐

6. SI LE TRAITEMENT COMPREND LA MISE EN BOUCHE D'UN DENTIER :

   A) S'AGIT-IL D'UNE PREMIÈRE MISE EN BOUCHE?

   SUPÉRIEURE ☐ OUI NON ☐

   INFÉRIEURE ☐ OUI NON ☐

   B) SI VOUS RÉPONDEZ «NON» À (A), DONNEZ LA DATE DE LA MISE EN BOUCHE PRÉCÉDENTE, AINSI QUE LA RAISON DU REMPLACEMENT

   _____

   C) DATE DE L'EXTRACTION _____

7. J'AUTORISE LA DIVULGATION À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME MÉDICAL DES MARINS DE TOUT RENSEIGNEMENT OU DOSSIER RELATIF À CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT. JE DÉCLARE QU'À MA CONNAISSANCE CES RENSEIGNEMENTS SONT VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.

   SIGNATURE DU MARIN OU DU CONJOINT :

   _____

   DATE : JOUR_____ MOIS_____ ANNÉE_____