**RÉGIME MÉDICAL DES MARINS**
200 - 1333 RUE ST. JACQUES - 2e ÉTAGE
MONTRÉAL QC H3C 4K2
TÉL. : 514.931.0550 / 1.855.605.0550 (sans frais)
FAX: 514.931.0399

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

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

| Nom du marin | N° d'union | N° de référence | 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) | Monta pay |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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