

200 – 3131 Pitfield Blvd.
Saint-Laurent, QC H4S 1N3
Tel: (514) 931-7859 Ext 227



1^{re} PARTIE - DENTISTE

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

JE CÈDE AU DENTISTE NOMME DANS LA PRÉSENTE LES
INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE
RÈGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT
VERSÉES DIRECTEMENT

P A T I E N T	NOM		PRÉNOM	
	ADRESSE		APP.	
	VILLE	PROV.	CODE POSTAL	

DENTISTE
NOM
ADRESSE
TÉLÉPHONE

SIGNATURE DU MARIN OU DU CONJOINT

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

IL SE PEUT QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LA FRAIE AQUEL LE ARTICIEL Q'IL N'EST PAS COUVERTS PAR L'ÉTAT. M'INCOMBE DONC DE VOIR CE CE MOI, DENTISTE SOIT RÉMUNÉRÉ POUR LES SOINS REÇUS, 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 TOUTS 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

Duplicata ☐

[illegible]

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

TOTAL DES HONORAIRES
DEMANDÉS

RÉSERVÉ AU RÉGIME MÉDICAL DES MARINS

1. FAITES REMPLIR LA 1^{re} 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.

2^e PARTIE - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MARIN

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

3^e 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