RÉGIME MÉDICAL DES MARINS

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

Nom du marin



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.

Jour

Mois

Année

| | | | Nº d'union | Nº de référence Nom de la compagnie | | | Nom du dernier navire | | |
|---|------------------------------------|--|------------|-------------------------------------|--------------------|-------------|-----------------------|--|-------|
| Adresse | | | Арр. | Ville Prov. | | Code postal | No de téléphone | | |
| Prénom du patient | Date de naissance du patient | Lien d | e parenté | Nom de la pharmacie | Date de l'achat | D.I.N. | Nom du médicament | Dose prescrite (ex:1 comprimé, 2 X /jour) | Monta |
| | J M A | | | | JMA | 13.000 | | | |
| | J M A | | | | JMIA | | | | |
| | J M A | | | | J M A | | | | |
| | J M A | | | | JMA | | | | |
| | A M L | ************************************** | | | JMA | | | | |
| | 3 M A | | | | J M A | | | | |
| | J M A | | | | J M A | | | | |
| OW STATE | J M A | | | 72.00 | JMA | | | | |
| | J M A | | | | JMA | | | | |
| | J M A | | | | J M A | | | | |
| | JMA | | | | JMA | | | | |
| 180 18 | JMA | | | | 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 : Date : | | | | | | | | | |