



Centre des réclamations relatives à l'hépatite C

C.P. 2370, succursale D
Ottawa (Ontario) K1P 5W5
Canada
Tél. : 1 877 434-0944
www.hepc8690.ca

**Indemnisation pour traitements/médicaments non-assurés
Autorisation de la personne infectée par le VHC ou de son représentant personnel
au titre du VHC relativement à la divulgation de renseignements
Strictement privé et confidentiel**

**LE DEMANDEUR DOIT APOSER ICI
UNE DES ÉTIQUETTES
PRÉIMPRIMÉES FOURNIES**

*S'il n'y a pas d'étiquettes, téléphonez au numéro
1 877 434-0944 pour obtenir des renseignements.

CORRECTIONS SEULEMENT

Inscrivez ci-dessous toutes corrections au sujet du nom et de l'adresse, s'il y a lieu.

Je suis (cocher une des cases) :

la personne infectée par le VHC

OU

le représentant personnel au titre du VHC de la personne infectée par le VHC

Par la présente, j'autorise les régimes de soins de santé mentionnés ci-dessous à divulguer / transmettre des renseignements au sujet de toute demande d'indemnisation de frais engagés pour des soins **relativement** à la personne infectée par le VHC.

_____ (Nom de la personne infectée par le VHC)

_____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Pour examen par le Centre des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990).

Nom du régime de santé #1		Numéro de police	
Numéro de téléphone	Télécopie	Ville/Municipalité	Code postal
() -	() -		

Nom du régime de santé #2		Numéro de police	
Numéro de téléphone	Télécopie	Ville/Municipalité	Code postal
() -	() -		

J'accepte de renoncer à tout droit d'intenter une action contre toute personne ou institution qui fournira des renseignements en conformité avec la présente autorisation.

En date du _____ jour de _____ 20____

Signature du témoin

Signature de la personne infectée par le VHC ou de son représentant personnel au titre du VHC