

Centre des réclamations relatives à l'hépatite C

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

APP



**Demande de renvoi**  
**Strictement privé et confidentiel**

**LE DEMANDEUR DOIT APOSER ICI  
UNE ÉTIQUETTES PRÉ-IMPRIMÉES  
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.


**Si vous désirez saisir un arbitre / juge-arbitre de la décision de l'administrateur, vous devez faire parvenir votre DEMANDE DE RENVOI à l'administrateur dans les 30 jours suivant la date de réception de la décision de l'administrateur.**

**SECTION A - PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC**

Prénom		Deuxième nom / Initiales		Nom de famille	
Adresse résidentielle		Ville	Province / territoire		Code postal
Date de naissance (JJ-MM-AAAA)		Numéro de la carte santé		Province / Territoire du régime de santé	
/   /		-   -			

**SECTION B : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ( Veuillez cocher la case appropriée)**

1.	<p>Statut du demandeur : <b>(Veuillez cocher la case appropriée)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Personne directement infectée</p> <p><input type="checkbox"/> Personne <u>indirectement</u> infectée</p> <p><input type="checkbox"/> Représentant personnel reconnu au titre du VHC de la personne infectée par le VHC</p> <p><input type="checkbox"/> Personne à charge reconnu de la personne infectée par le VHC</p> <p><input type="checkbox"/> Membre de la famille reconnu de la personne infectée par le VHC</p>	<p><input type="checkbox"/> Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC <u>OU</u></p> <p><input type="checkbox"/> Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC</p>											
2.	<p>Vous souhaitez saisir l'arbitre / le juge-arbitre de la décision de l'administrateur relativement à :</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Réclamation refusée</td><td><input type="checkbox"/> Traitement et médicaments non assurés</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Paiements forfaitaires</td><td><input type="checkbox"/> Perte de soins</td><td><input type="checkbox"/> Perte de soutien</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Médication au titre de VHC</td><td><input type="checkbox"/> Perte de revenu</td><td><input type="checkbox"/> Prestation de décès</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Frais remboursables</td><td><input type="checkbox"/> Perte de services domestiques</td><td></td></tr></table>		<input type="checkbox"/> Réclamation refusée	<input type="checkbox"/> Traitement et médicaments non assurés	<input type="checkbox"/> Paiements forfaitaires	<input type="checkbox"/> Perte de soins	<input type="checkbox"/> Perte de soutien	<input type="checkbox"/> Médication au titre de VHC	<input type="checkbox"/> Perte de revenu	<input type="checkbox"/> Prestation de décès	<input type="checkbox"/> Frais remboursables	<input type="checkbox"/> Perte de services domestiques	
<input type="checkbox"/> Réclamation refusée	<input type="checkbox"/> Traitement et médicaments non assurés												
<input type="checkbox"/> Paiements forfaitaires	<input type="checkbox"/> Perte de soins	<input type="checkbox"/> Perte de soutien											
<input type="checkbox"/> Médication au titre de VHC	<input type="checkbox"/> Perte de revenu	<input type="checkbox"/> Prestation de décès											
<input type="checkbox"/> Frais remboursables	<input type="checkbox"/> Perte de services domestiques												



## SECTION B : RÉVISION DE LA DÉCISION DE L'ADMINISTRATEUR

3. Je souhaite que la décision de l'administrateur soit révisée par :

un juge-arbitre  ou

un arbitre

**(Choisissez en cochant la case appropriée)**

4. Je souhaite que la décision de l'administrateur soit révisée pour les raisons suivantes :

---



---



---



---



---

**(Veuillez continuer sur une feuille séparée, s'il y a lieu)**

5. L'administrateur sera chargé de préparer le dossier du réclamant pour cette demande de renvoi. À cette fin, veuillez cocher une des options suivantes :

J'ai fourni tous les documents d'appui requis à l'administrateur et je n'ai pas l'intention de déposer d'autres documents auprès de l'administrateur.

OUI

Je dispose des documents d'appui supplémentaires suivants relatifs à mon appel dont je désire saisir l'arbitre / le juge arbitre.

OUI

(i) \_\_\_\_\_

(ii) \_\_\_\_\_

(iii) \_\_\_\_\_

(iv) \_\_\_\_\_

**(Ajoutez une liste supplémentaire, s'il y a lieu)**

6.  Je désire que les personnes suivantes témoignent en personne devant l'arbitre / le juge-arbitre :

OUI

(i) \_\_\_\_\_

(Nom en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
(Profession)

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

\_\_\_\_\_  
(Numéro de téléphone)


**SECTION B : RÉVISION DE LA DÉCISION DE L'ADMINISTRATEUR (suite)**

7.  OUI Je désire que les personnes suivantes témoignent en personne devant l'arbitre / le juge-arbitre :

(ii) \_\_\_\_\_  
 (Nom en lettres moulées)  
 \_\_\_\_\_  
 (Profession)  
 \_\_\_\_\_  
 (Adresse)  
 \_\_\_\_\_  
 (Numéro de téléphone)

(iii) \_\_\_\_\_  
 (Nom en lettres moulées)  
 \_\_\_\_\_  
 (Profession)  
 \_\_\_\_\_  
 (Adresse)  
 \_\_\_\_\_  
 (Numéro de téléphone)

(iv) \_\_\_\_\_  
 (Nom en lettres moulées)  
 \_\_\_\_\_  
 (Profession)  
 \_\_\_\_\_  
 (Adresse)  
 \_\_\_\_\_  
 (Numéro de téléphone)

***(Ajoutez une liste supplémentaire, s'il y a lieu)***

8. Il y aura une audience en personne si vous et votre conseiller du Fonds avez l'intention de présenter oralement des preuves orales (témoignage). S'il n'y a pas lieu de tenir une audition orale, l'arbitre / le juge arbitre décidera si une audience en personne est requise. Si vous croyez qu'une audience en personne est requise, veuillez donner vos raisons ci-dessous.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***(Continuez sur une feuille détachée, s'il y a lieu)***

\_\_\_\_\_

Date de la signature

\_\_\_\_\_

Signature du demandeur