

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 et frais remboursables
Strictement privé et confidentiel

<p style="text-align: center;">LE DEMANDEUR DOIT APOSER ICI UNE DES ÉTIQUETTES PRÉIMPRIMÉES FOURNIES</p> <p style="font-size: small;">*S'il n'y a pas d'étiquettes, téléphonez au numéro 1 877 434-0944 pour obtenir des renseignements.</p>	<p style="text-align: center; font-size: small;"><u>CORRECTIONS SEULEMENT</u></p> <p style="font-size: x-small;">Inscrivez ci-dessous toutes corrections au sujet du nom et de l'adresse, s'il y a lieu.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
---	---

Ce formulaire doit être rempli par la personne infectée par le VHC ou par son représentant personnel.						
SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS						
PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC						
1.	Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille			
	Adresse résidentielle	Ville / Municipalité	Province / Territoire	Code postal		
REPRÉSENTANT PERSONNEL DE LA PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC						
2.	Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille			
	Adresse résidentielle	Ville / Municipalité	Province / Territoire	Code postal		
SECTION B – FRAIS ENGAGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA						
Les frais ont-ils tous été engagés au Canada?						Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si vous répondez Non , veuillez fournir une explication et énumérer les frais que vous avez engagés à l'extérieur du Canada.						
JJ/MM/AAAA	Description des frais engagés	Reçu annexé	Coût total	Type de monnaie	Montant remboursé par un régime de santé	Montant demandé
/ /		<input type="checkbox"/> Oui	\$		\$	\$
/ /		<input type="checkbox"/> Oui	\$		\$	\$
/ /		<input type="checkbox"/> Oui	\$		\$	\$
/ /		<input type="checkbox"/> Oui	\$		\$	\$
/ /		<input type="checkbox"/> Oui	\$		\$	\$
/ /		<input type="checkbox"/> Oui	\$		\$	\$
/ /		<input type="checkbox"/> Oui	\$		\$	\$

**Frais remboursables – Registre des rendez-vous
relativement à l'infection par l'hépatite C**

Nom :		Numéro de la réclamation :			Doit être complété par la clinique ou par l'hôpital				
Date JJ/MM/AAAA	Nom du médecin	Spécialité	Nombre de km parcourus	Frais de stationnement	Signature ou étampe de la clinique / de l'hôpital	Visites relativement à l'infection par le VHC		Rendez-vous de suivis relativement à l'infection par le VHC	
						Heure de la visite	Heure de départ	Oui	Non
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /				\$				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je ne fais aucune fausse déclaration ou demande d'indemnisation exagérée pour obtenir des bénéfices auxquels je n'ai pas droit.

 Date de la signature Signature de la personne infectée par le VHC ou du représentant personnel