



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

**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.

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 Non

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	\$		\$	\$

