

Protocole Approuvé par les Tribunaux
Transmission de la première série de formulaires d'indemnisation
après la date limite du 30 juin 2010.

(version 2024 - sans nouvelle modification)

Le présent protocole vise les situations prévues aux articles 3.02, 3.05, 3.06, 3.07 et 3.08(a) du Régime à l'intention des Transfusés infectés par le VHC et aux articles 3.02, 3.04, 3.05, 3.06 et 3.07(a) du Régime à l'intention des Hémophiles infectés par le VHC ainsi que les réclamations initialement faites en vertu de la *Convention de règlement relative à l'hépatite C visant la période antérieure à 1986 et la période postérieure à 1990* avant la date limite du 30 juin 2010.

Plus spécifiquement, le présent protocole **ne s'applique pas** au Régime d'indemnisation pour les Réclamations tardives.

Le Protocole Approuvé par les Tribunaux intitulé «Exigences concernant la recevabilité des réclamations hors délai» n'a plus d'effet après le 30 juin 2010.

Transmission de la première série de formulaires d'indemnisation

1. L'Administrateur transmet la première série de formulaires d'indemnisation sur demande, même si la demande lui en est faite après la date limite du 30 juin 2010, lorsque :
 - a. La réclamation vise à être faite dans l'année suivant la date à laquelle le réclamant a atteint la majorité;
 - b. La demande lui est faite par une Personne indirectement infectée qui veut réclamer à l'intérieur de la période de trois (3) ans suivant la date à laquelle la Personne directement infectée, l'Hémophile directement infecté ou le Représentant personnel au titre du VHC a transmis sa réclamation;
 - c. Le Représentant personnel au titre du VHC d'une Personne infectée par le VHC décédée veut réclamer à l'intérieur de la période de trois (3) ans suivant la date de décès de la personne infectée par le VHC;

- d. La Personne à charge ou le Membre de la famille de la personne infectée par le VHC décédée veut réclamer à l'intérieur de la période de trois (3) ans suivant la date de décès de la personne infectée par le VHC; ou
 - e. La réclamation a initialement été transmise en vertu de la Convention de règlement relative à l'hépatite C visant la période antérieure à 1986 et postérieure à 1990 et ce, avant le 30 juin 2010.
2. Lorsqu'il transmet la première série de formulaires d'indemnisation au réclamant, l'Administrateur doit l'aviser par écrit que :
- a. Le date limite pour retourner la première série de formulaires d'indemnisation dûment complétés à l'Administrateur est la plus tardive entre la date d'expiration du délai de six (6) mois à compter de la date de leur transmission au réclamant et la date d'expiration, le cas échéant, du délai applicable pour soumettre la réclamation conformément au paragraphe 1 du présent protocole amendé (le « Délai pour compléter »);
 - b. Si le réclamant n'est pas en mesure de retourner la première série de formulaires dûment complétés à l'Administrateur avant l'expiration du Délai pour compléter et qu'il souhaite préserver son droit de réclamer, il doit soumettre à l'Administrateur une *Demande de Prolongation du délai pour compléter la première série de formulaires d'indemnisation* dont copie est jointe comme Annexe A (la « Demande de Prolongation ») avant l'expiration du Délai pour compléter; et
 - c. Si l'Administrateur ne reçoit pas la première série de formulaires d'indemnisation dûment complétés ni de Demande de Prolongation dûment remplie avant l'expiration du Délai pour compléter, il rejettera la réclamation.

Demande de Prolongation du délai pour compléter la première série de formulaires

d'indemnisation

3. Une demande de prolongation du Délai pour compléter les formulaires doit être faite avant l'expiration du Délai pour compléter. Le formulaire de Demande de Prolongation (Annexe A) sera transmis par l'Administrateur au réclamant, sur demande, et sera également disponible sur le site internet de l'Administrateur (www.hepc8690.ca).
4. Le réclamant devra y indiquer :
 - a. Les démarches déjà entreprises pour compléter la première série de formulaires d'indemnisation;
 - b. Les raisons pour lesquelles la première série de formulaires d'indemnisation n'a pu être complétée à ce jour; et
 - c. Les nouvelles démarches que le réclamant propose de faire pour compléter la première série de formulaires d'indemnisation et les délais que prendront ces démarches.
5. Sur réception d'une Demande de Prolongation, l'Administrateur doit en prendre connaissance et décider s'il contient un plan qui permettrait raisonnablement de compléter la première série de formulaires d'indemnisation. Dans l'affirmative, l'Administrateur accordera la prolongation, qui ne devra pas dépasser 6 mois à compter de la date à laquelle la Demande de Prolongation a été soumise. L'Administrateur informera le réclamant du délai accordé et des termes en vertu desquels il est accordé, en lui transmettant un « *Avis de Prolongation du Délai pour compléter* », sous la forme substantiellement comparable à l'Annexe B.
6. Si, après avoir pris connaissance de la Demande de Prolongation, l'Administrateur détermine qu'elle ne contient pas un plan qui permettrait raisonnablement de compléter la première série de formulaires d'indemnisation, l'Administrateur rejettera la réclamation et transmettra au réclamant une « Lettre de Refus » sous la forme substantiellement comparable à l'Annexe C.

7. Si le réclamant n'a pas transmis la première série de formulaires d'indemnisation dûment complétés ou soumis de Demande de Prolongation avant l'expiration du Délai pour compléter, l'Administrateur rejettera la réclamation et transmettra au réclamant une « Lettre de Refus » sous la forme substantiellement comparable à l'Annexe D.
8. Si le réclamant a obtenu une prolongation du Délai pour compléter mais n'a pas transmis la première série de formulaires dûment complétés avant l'expiration de la prolongation de délai accordée, l'Administrateur rejettera la réclamation et transmettra au réclamant une « Lettre de Refus » sous la forme substantiellement comparable à l'Annexe E.

Traitement de la première série de formulaires

9. La transmission par l'Administrateur de la première série de formulaires conformément au présent protocole ne saurait lier l'Administrateur d'aucune façon quant à l'admissibilité de la réclamation qui en résulte. L'Administrateur qui reçoit, dans les délais prévus, la première série de formulaires dûment complétés traitera cette réclamation et statuera à l'égard de son admissibilité conformément aux dispositions de la Convention de règlement relatif à l'hépatite C 1986-1990 à la lumière des Protocoles Approuvés par les Tribunaux et des Procédures standards d'opération en vigueur lors du traitement de la réclamation;
10. Si, lors du traitement de la réclamation, l'Administrateur a connaissance d'une information qui le porte à croire que, selon le cas, le délai applicable prévu à l'un ou l'autre des paragraphes de l'article 2 ci-dessus n'a pas été respecté, l'Administrateur rejettera la réclamation et transmettra au réclamant une lettre sous une forme substantiellement comparable à l'Annexe F.

Réclamations rejetées

11. Lorsque l'Administrateur rejette une réclamation en vertu du présent protocole, il doit également aviser le réclamant, par écrit, :
 - a. que son droit d'appel prévu à l'article 10.01 du régime d'indemnisation approprié s'applique; et
 - b. qu'il n'est pas forclos de soumettre sa réclamation en vertu du Régime d'indemnisation pour les Réclamations tardives ou de tout autre Protocole Approuvé par les Tribunaux ou ordonnance rendue par le Tribunal ayant juridiction.

Le Règlement relatif à l'hépatite C (1986-1990)

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE PROLONGATION
DU DÉLAI POUR COMPLÉTER LA PREMIÈRE SÉRIE DE FORMULAIRES**

Le réclamant / la réclamante peut présenter par écrit à l'Administrateur des réclamations, une demande de prolongation du Délai pour Compléter la première série de formulaires. Il/elle doit indiquer les démarches entreprises pour compléter sa réclamation, la raison pour laquelle il/elle n'a pas réussi à le faire et indiquer quelles nouvelles démarches il/elle compte entreprendre pour pouvoir compléter et retourner les formulaires.

Partie A – Renseignements au sujet DE LA PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC ou DU MEMBRE DE LA FAMILLE

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiales _____

Adresse domiciliaire _____

Ville _____ Province/Territoire _____ Code postal _____

Pays _____ Date de naissance (MM/JJ/AAAA) _____

Téléphone résidentiel _____ Téléphone au travail _____

Courriel _____

Partie B – REPRÉSENTANT PERSONNEL

Veuillez remplir cette partie à votre sujet si vous êtes un représentant personnel qui présente une demande au nom d'une personne infectée par le VHC ou d'un membre de la famille qui est une personne mineure, une personne frappée d'incapacité mentale ou une personne décédée.

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiales _____

Adresse domiciliaire _____

Ville _____ Province/Territoire _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone résidentiel _____ Téléphone au travail _____

Courriel _____

Partie C – TYPE DE RÉCLAMANT/RÉCLAMANTE

Veuillez cocher la case appropriée.

Personne infectée par le VHC

Membre de la famille

Partie D – NUMÉRO DU DOSSIER

Veillez indiquer le numéro du dossier visé par la présente demande de prolongation.

Numéro du dossier _____

Veillez préciser les démarches entreprises pour compléter les formulaires de réclamation:

Veillez préciser pourquoi ces formulaires n'ont pas été complétés et retournés à l'Administrateur à ce jour :

Veillez préciser les nouvelles démarches que le réclamant /la réclamante compte entreprendre pour compléter et transmettre les formulaires et le temps requis pour le faire :

Date de signature (mois jour année)

Signature du réclamant/de la réclamante ou
du représentant personnel

*Veillez retourner par **courrier ou par télécopieur** les deux pages du présent formulaire à l'Administrateur à l'adresse ou au numéro indiqué ci-dessous si vous présentez une demande de prolongation.*

Annexe « B »

Administration du Règlement relatif à l'hépatite C (1986-1990)

AVIS DE PROLONGATION DU DÉLAI EN POUR COMPLÉTER LA RÉCLAMATION

date

nom

adresse

Cher réclamant,
Chère réclamante,

Objet : Votre dossier n°

Après avoir examiné votre demande de prolongation du délai pour compléter votre réclamation, nous avons décidé de vous accorder une prolongation jusqu'au ***.

Pour compléter votre réclamation, veuillez suivre les étapes suivantes :

Si vous ne complétez pas ces étapes et ne transmettez pas tous les formulaires dûment complétés d'ici le ***, votre réclamation sera **rejetée**. **Aucune autre prolongation ne vous sera accordée**. Le rejet d'une réclamation pour défaut de transmettre tous les formulaires dûment complétés est sujet à appel en demandant qu'un juge arbitre ou un arbitre soit saisi de la décision.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec l'Administrateur du règlement au 1-877-434-0944 ou par courriel à info@hepc8690.ca ou à visiter notre site Web à www.hepc8690.ca. Toute lettre ou tout document doit inclure votre numéro de dossier et doit être transmis à l'Administrateur à l'adresse suivante ou par télécopieur au 1-613-569-1763 :

Le Centre des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990)
C. P. 2370, succursale D
Ottawa (Ontario)
K1P 5W5
Téléphone sans frais : 1 877 434-0944

Veuillez agréer, cher réclamant / chère réclamante, l'expression de nos sentiments distingués.

L'Administrateur des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990)

Annexe « C »

Administration du Règlement relatif à l'hépatite C (1986-1990)

LETTRE DE REJET

Délai pour compléter la réclamation expiré et Demande de prolongation refusée

date

nom

adresse

Cher réclamant,
Chère réclamante,

Objet : Votre dossier n°

Par la présente, nous vous avisons que votre demande d'indemnisation présentée dans le cadre de l'administration du Règlement relatif à l'hépatite C (1986-1990) a été rejetée. En voici les raisons.

Demande de prolongation de délai refusée

Le [*insérer la date*], nous vous avons fait parvenir une lettre vous avisant que vous aviez jusqu'au *** pour compléter votre réclamation ou pour présenter une demande de prolongation du délai pour la compléter. Votre demande de prolongation du délai a été refusée parce que ***. Comme vous n'avez pas réussi à compléter votre réclamation et que votre demande de prolongation de délai a été refusée, votre réclamation a été rejetée.

Droit d'appel

En vertu de l'article 10.01 des annexes A et B de la Convention de règlement, vous pouvez demander à l'Administrateur qu'un juge arbitre ou un arbitre soit saisi de la décision dans les 30 jours après avoir reçu la présente lettre. L'article en question prévoit ce qui suit :

Dans les 30 jours après qu'elle a reçu avis de la décision de l'administrateur relativement à sa réclamation, la personne faisant une réclamation peut saisir un juge arbitre ou un arbitre de cette décision, à son gré, en déposant auprès de l'administrateur un avis exigeant un renvoi ou l'arbitrage et faisant état de son opposition à cette décision et des motifs justifiant son opposition. Si aucun avis exigeant un renvoi ou l'arbitrage n'est déposé dans ce délai de 30 jours, la décision de l'administrateur sera d'office confirmée et sera définitive et exécutoire.

Pour présenter une demande de renvoi, vous devez remplir le « Formulaire de demande de renvoi » ci-joint et le transmettre à l'Administrateur dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle vous avez reçu la présente lettre. Vous devez énoncer vos objections et les raisons qui appuient vos objections.

Pour de plus amples renseignements au sujet du processus de renvoi, veuillez voir la section intitulée « Renvois » de notre site Web : www.hepc8690.ca.

Si vous ne postez pas ou ne télécopiez pas un « Formulaire de demande de renvoi » dûment rempli, la décision de l'Administrateur de rejeter votre demande deviendra définitive dans un délai de 30 jours suivant votre réception de la présente lettre.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec l'Administrateur du règlement au 1-877-434-0944 ou par courriel à info@hepc8690.ca ou à visiter notre site Web à www.hepc8690.ca. Toute lettre ou tout document doit comprendre votre numéro de dossier et doit être transmis à l'Administrateur à l'adresse suivante ou par télécopieur au 1-613-569-1763 :

Le Centre des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990)
C. P. 2370, succursale D
Ottawa (Ontario)
K1P 5W5
Téléphone sans frais : 1 877 434-0944

Veillez agréer, cher réclamant / chère réclamante, l'expression de nos sentiments distingués.

L'Administrateur des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990)

P.j. Formulaire de demande de renvoi

Annexe « D »

Administration du Règlement relatif à l'hépatite C (1986-1990)

LETTRE DE REJET

Non-respect du délai pour compléter la réclamation et absence de demande de prolongation

date

nom

adresse

Cher réclamant,
Chère réclamante,

Objet : Votre dossier n°

Par la présente, nous vous avisons que votre demande d'indemnisation dans le cadre de l'administration du Règlement relatif à l'hépatite C (1986-1990) a été rejetée. En voici les raisons :

Expiration du délai pour compléter la réclamation

Le [*insérer la date*], nous vous avons fait parvenir une lettre vous avisant que vous aviez jusqu'au *** pour compléter votre réclamation ou pour présenter une demande de prolongation du délai pour la compléter. Comme vous n'avez pas complété et transmis les formulaires de réclamations dans le délai imparti et que vous n'avez pas transmis de demande de prolongation du délai pour compléter votre réclamation, celle-ci a été rejetée.

Droit d'appel

En vertu de l'article 10.01 des annexes A et B de la Convention de règlement, vous pouvez demander à l'Administrateur qu'un juge arbitre ou un arbitre soit saisi de la décision dans les 30 jours après avoir reçu la présente lettre. L'article en question prévoit ce qui suit :

Dans les 30 jours après qu'elle a reçu avis de la décision de l'administrateur relativement à sa réclamation, la personne faisant une réclamation peut saisir un juge arbitre ou un arbitre de cette décision, à son gré, en déposant auprès de l'administrateur un avis exigeant un renvoi ou l'arbitrage et faisant état de son opposition à cette décision et des motifs justifiant son opposition. Si aucun avis exigeant un renvoi ou l'arbitrage n'est déposé dans ce délai de 30 jours, la décision de l'administrateur sera d'office confirmée et sera définitive et exécutoire.

Pour présenter une demande de renvoi, vous devez remplir le « Formulaire de demande de renvoi » ci-joint et le transmettre à l'Administrateur dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle vous avez reçu la présente lettre. Vous devez énoncer vos objections et les raisons qui appuient vos objections.

Pour de plus amples renseignements au sujet du processus de renvoi, veuillez voir la section intitulée « Renvois » de notre site Web : www.hepc8690.ca.

Si vous ne postez pas ou ne télécopiez pas un « Formulaire de demande de renvoi » dûment rempli, la décision de l'Administrateur de rejeter votre demande deviendra définitive dans un délai de 30 jours suivant votre réception de la présente lettre.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec l'Administrateur du règlement au 1-877-434-0944 ou par courriel à info@hepc8690.ca ou à visiter notre site Web à www.hepc8690.ca. Toute lettre ou tout document doit comprendre votre numéro de dossier et doit être transmis à l'Administrateur à l'adresse suivante ou par télécopieur au 1-613-569-1763 :

Le Centre des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990)
C. P. 2370, succursale D
Ottawa (Ontario)
K1P 5W5
Téléphone sans frais : 1 877 434-0944

Veillez agréer, cher réclamant / chère réclamante, l'expression de nos sentiments distingués.

L'Administrateur des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990)

P.j. Formulaire de demande de renvoi

Annexe « E »

Administration du Règlement relatif à l'hépatite C (1986-1990)

LETTRE DE REJET

Prolongation du délai en vue de compléter la première série de formulaires accordée – formulaires non reçus

date

nom

adresse

Cher réclamant,
Chère réclamante,

Objet : Votre dossier n°

Par la présente, nous vous avisons que votre demande d'indemnisation dans le cadre de l'administration du Règlement relatif à l'hépatite C (1986-1990) a été rejetée. En voici les raisons.

Délai de prolongation accordée est expiré

Le [*insérer la date*], nous vous avons fait parvenir une lettre vous avisant que vous aviez jusqu'au *** pour compléter votre réclamation ou pour présenter une demande de prolongation du délai en vue de la compléter. Vous avez présenté une demande de prolongation du délai et l'Administrateur vous l'a accordée, prolongeant ainsi votre délai en vue de compléter votre réclamation au ***. Comme vous n'avez pas réussi à transmettre les formulaires dûment complétés à l'intérieur du délai tel que prolongé, votre demande d'indemnisation a été rejetée.

Droit d'appel

En vertu de l'article 10.01 des annexes A et B de la Convention de règlement, vous pouvez demander à l'Administrateur qu'un juge arbitre ou un arbitre soit saisi de la décision dans les 30 jours après avoir reçu la présente lettre. L'article en question prévoit ce qui suit :

Dans les 30 jours après qu'elle a reçu avis de la décision de l'administrateur relativement à sa réclamation, la personne faisant une réclamation peut saisir un juge arbitre ou un arbitre de cette décision, à son gré, en déposant auprès de l'administrateur un avis exigeant un renvoi ou l'arbitrage et faisant état de son opposition à cette décision et des motifs justifiant son opposition. Si aucun avis exigeant un renvoi ou l'arbitrage n'est déposé dans ce délai de 30 jours, la décision de l'administrateur sera d'office confirmée et sera définitive et exécutoire.

Pour présenter une demande de renvoi, vous devez remplir le « Formulaire de demande de renvoi » ci-joint et le transmettre à l'Administrateur dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle vous avez reçu la présente lettre. Vous devez énoncer vos objections et les raisons qui appuient vos objections.

Pour de plus amples renseignements au sujet du processus de renvoi, veuillez voir la section intitulée « Renvois » de notre site Web : www.hepc8690.ca.

Si vous ne postez pas ou ne télécopiez pas un « Formulaire de demande de renvoi » dûment rempli, la décision de l'Administrateur de rejeter votre demande deviendra définitive dans un délai de 30 jours suivant votre réception de la présente lettre.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec l'Administrateur du règlement au 1-877-434-0944 ou par courriel à info@hepc8690.ca ou à visiter notre site Web à www.hepc8690.ca. Toute lettre ou tout document doit comprendre votre numéro de dossier et doit être transmis à l'Administrateur à l'adresse suivante ou par télécopieur au 1-613-569-1763 :

Le Centre des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990)
C. P. 2370, succursale D
Ottawa (Ontario)
K1P 5W5
Téléphone sans frais : 1 877 434-0944

Veillez agréer, cher réclamant / chère réclamante, l'expression de mes sentiments distingués.

L'Administrateur des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990)

P. j. Formulaire de demande de renvoi

Annexe « F »

Administration du Règlement relatif à l'hépatite C (1986-1990)

LETTRE DE REJET

Connaissance de l'infection au VHC plus de trois (3) ans avant le premier contact avec l'Administrateur

date

nom

adresse

Cher réclamant,
Chère réclamante,

Objet : Votre dossier n°

Par la présente, nous vous avisons que votre demande d'indemnisation dans le cadre de l'administration du Règlement relatif à l'hépatite C (1986-1990) a été rejetée. En voici les raisons :

Date à laquelle vous avez découvert votre infection au VHC

[L'article 3.08 (b) du Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC] OU [L'article 3.07(b) du Régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC] faisant partie de la Convention de Règlement relative à l'hépatite C 1986-1990 stipule que personne ne peut faire une réclamation pour la première fois après le 30 juin 2010 sauf si la réclamation est faite dans le délai de trois (3) ans qui suit la date à laquelle la personne a eu pour la première fois connaissance de son infection par le VHC.

Votre réclamation a été rejetée parce que nous croyons que vous avez eu pour la première fois connaissance de votre infection par le VHC plus de trois (3) ans avant le [*insert date*], date à laquelle vous avez communiqué avec nous pour la première fois afin de nous aviser de votre réclamation potentielle. Cette décision est fondée sur l'information suivante : ***.

Droit d'appel

En vertu de l'article 10.01 des annexes A et B de la Convention de règlement, vous pouvez demander à l'Administrateur qu'un juge arbitre ou un arbitre soit saisi de la décision dans les 30 jours après avoir reçu la présente lettre. L'article en question prévoit ce qui suit :

Dans les 30 jours après qu'elle a reçu avis de la décision de l'administrateur relativement à sa réclamation, la personne faisant une réclamation peut saisir un juge arbitre ou un arbitre de cette décision, à son gré, en déposant auprès de l'administrateur un avis exigeant un renvoi ou l'arbitrage et faisant état de son opposition à cette décision et des motifs justifiant son opposition. Si aucun avis exigeant un renvoi ou l'arbitrage n'est déposé dans ce délai de 30 jours, la décision de l'administrateur sera d'office confirmée et sera définitive et exécutoire.

Pour présenter une demande de renvoi, vous devez remplir le « Formulaire de demande de renvoi » ci-joint et le transmettre à l'Administrateur dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle vous avez reçu la présente lettre. Vous devez énoncer vos objections et les raisons qui appuient vos objections.

Pour de plus amples renseignements au sujet du processus de renvoi, veuillez voir la section intitulée « Renvois » de notre site Web : www.hepc8690.ca.

Si vous ne postez pas ou ne télécopiez pas un « Formulaire de demande de renvoi » dûment rempli, la décision de l'Administrateur de rejeter votre demande deviendra définitive dans un délai de 30 jours suivant votre réception de la présente lettre.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec l'Administrateur du règlement au 1-877-434-0944 ou par courriel à info@hepc8690.ca ou à visiter notre site Web à www.hepc8690.ca. Toute lettre ou tout document doit comprendre votre numéro de dossier et doit être transmis à l'Administrateur à l'adresse suivante ou par télécopieur au 1-613-569-1763 :

Le Centre des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990)
C. P. 2370, succursale D
Ottawa (Ontario)
K1P 5W5
Téléphone sans frais : 1 877 434-0944

Veuillez agréer, cher réclamant / chère réclamante, l'expression de nos sentiments distingués.

L'Administrateur des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990)

P.j. Formulaire de demande de renvoi