

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 des frais engagés pour des soins

*Strictement privé et confidentiel*LE RÉCLAMANT 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, de
l'adresse et du numéro de téléphone s'il y a lieu.

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 – À ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT

MÉDECIN TRAITANT

3.	Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille	
	Nom de l'établissement	Adresse postale		
	Ville / Municipalité	Province / Territoire	Code postal	
	Téléphone au bureau	Télécopieur	Adresse électronique	Spécialité
	() -	() -		

NIVEAU DE MALADIE 6 – ADMISSIBILITÉ

4.	a)	La condition médicale (état pathologique) de la personne infectée par le VHC a été évaluée et approuvée au niveau de maladie 6. Veuillez indiquer la toute première date à laquelle vous croyez que la personne infectée par le VHC aurait été atteinte par l'une des conditions médicales énumérées ci-dessous pour le niveau de maladie 6.	JJ/MM/AAAA / /
	b)	Veuillez indiquer la date à laquelle la personne infectée par le VHC aurait reçu des soins suite à l'une des conditions médicales énumérées ci-dessous pour le niveau de maladie 6.	JJ/MM/AAAA / /
<input type="checkbox"/> La personne infectée par le VHC a subi une transplantation du foie <input type="checkbox"/> On a diagnostiqué une décompensation hépatique chez la personne infectée par le VHC après avoir constaté une ou plus d'une des conditions médicales suivantes : <input type="checkbox"/> encéphalopathie hépatique <input type="checkbox"/> hémorragie des varices oesophagiennes <input type="checkbox"/> ascite <input type="checkbox"/> péritonite bactérienne subaiguë <input type="checkbox"/> malnutrition protéique <input type="checkbox"/> autre condition _____ <input type="checkbox"/> On a diagnostiqué un cancer hépatocellulaire chez la personne infectée par le VHC à la suite : <input type="checkbox"/> d'une biopsie du foie <input type="checkbox"/> d'une analyse sanguine de l'alpha-foetoprotéine <input type="checkbox"/> d'un hépatogramme isotopique <input type="checkbox"/> On a diagnostiqué un lymphome malin à cellules B chez la personne infectée par le VHC <input type="checkbox"/> On a diagnostiqué une cryoglobulinémie mixte symptomatique chez la personne infectée par le VHC <input type="checkbox"/> On a diagnostiqué une glomérulonéphrite exigeant une dialyse suite à une biopsie du rein chez la personne infectée par le VHC <input type="checkbox"/> On a diagnostiqué une insuffisance rénale chez la personne infectée par le VHC			
5.	Avez-vous recommandé ou un médecin a-t-il recommandé/appuyé les soins décrits point par point dans la section D (voir les pages suivantes) du présent formulaire? Si la réclamation est pour des soins personnels fournis par un membre de la famille à domicile, est-ce que les soins ont été recommandés/appuyés par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, sauf pour les points n° _____ <input type="checkbox"/> Non Commentaires, s'il y a lieu : _____ _____		
6.	La condition médicale qualifiant au niveau 6 la personne infectée par le VHC a-t-elle contribué de façon importante à la recommandation des soins ci-dessus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, sauf pour les points n° _____ <input type="checkbox"/> Non Commentaires, s'il y a lieu : _____ _____		

SECTION C – ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts au meilleur de mes connaissances et convictions.

Date de la signature

Signature du médecin traitant

**SECTION D – SOINS PERSONNELS À DOMICILE NON-ASSURÉS
FOURNIS PAR UN MEMBRE DE LA FAMILLE**

Veuillez remplir cette section si vous réclamez au titre des soins personnels à domicile si les soins sont fournis par un membre de la famille. Tous les « services de soins » doivent être reliés à votre infection par le VHC. Tout montant reçu dans le cadre d'un régime d'assurance public ou privé doit être divulgué.

	Date de début JJ/MM/AAAA	Date de fin JJ/MM/AAAA	Description des soins	Heures par semaine
1.	/ /	/ /		
2.	/ /	/ /		
3.	/ /	/ /		
4.	/ /	/ /		
5.	/ /	/ /		
6.	/ /	/ /		
7.	/ /	/ /		

SECTION E – FRAIS NON ASSURÉS ENGAGÉS POUR DES SOINS (SUITE)

Veillez indiquer tous les « services engagés pour des soins » ainsi que leurs coûts. Tous les « services engagés pour des soins » doivent être liés à votre infection par le VHC. Vous devez divulguer tous les montants reçus d'un régime d'assurance public ou privé. Veuillez joindre tous les reçus.

	Date de début JJ/MM/AAAA	Date de fin JJ/MM/AAAA	Description des soins	Coût total	Reçu annexé	Cette dépense a-t-elle été engagée à l'extérieur du Canada?	Montant remboursé par le régime de santé	Montant réclamé
8.	/ /	/ /		\$	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui Où? _____	\$	\$
9.	/ /	/ /		\$	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui Où? _____	\$	\$
10.	/ /	/ /		\$	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui Où? _____	\$	\$
11.	/ /	/ /		\$	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui Où? _____	\$	\$
12.	/ /	/ /		\$	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui Où? _____	\$	\$
13.	/ /	/ /		\$	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui Où? _____	\$	\$
14.	/ /	/ /		\$	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui Où? _____	\$	\$

SECTION F – ATTESTATION

J'atteste que les réponses données ci-dessus sont vraies et exactes. Je ne fais pas de réclamations fausses ou exagérées en vue d'obtenir des indemnisations auxquelles je n'ai pas droit.

Date de la signature_____
Signature du réclamant