

Protocole Approuvé par les Tribunaux
Réclamations incomplètes, réclamants qui ne peuvent être localisés
et duplicata de réclamations

(Décembre 2012)

A. Réclamations incomplètes

1. L'Administrateur doit faire des efforts raisonnables pour aider les réclamants à compléter leur demande d'indemnisation.

2. Lorsque :
 - a. L'Administrateur conclut qu'il a fait toutes les démarches raisonnables pour aider le réclamant à compléter sa réclamation;

 - b. Six (6) mois se sont écoulés depuis la dernière action posée par l'Administrateur ou le réclamant sans que la réclamation ne soit complétée;

 - c. Il n'existe, à la connaissance de l'Administrateur, aucune démarche poursuivie activement par le réclamant qui pourrait permettre de compléter sa réclamation; et

 - d. L'administrateur a de l'information ou une documentation insuffisante pour lui permettre d'approuver ou de refuser la réclamation,

L'Administrateur doit transmettre au réclamant «*l'Avis de refus en attente de renseignement(s) ou de document(s) additionnel(s)*» sous la forme substantiellement comparable à l'Annexe A. L'*Avis de refus en attente de renseignement(s) ou de document(s) additionnel(s)* doit :

- a. Indiquer l'information ou le(s) document(s) manquant(es) pour compléter la réclamation;

- b. Octroyer au réclamant un délai de 90 jours à compter de la date de l'*Avis de refus en attente de renseignement(s) ou de document(s) additionnel(s)* (le « Délai pour compléter »), à moins que la date de l'*Avis de refus en attente de renseignement(s) ou de document(s) additionnel(s)* coïncide avec un jour qui n'est pas un jour ouvrable (tel que défini à la Convention de Règlement), auquel cas, le Délai pour remédier sera indiqué comme étant le prochain jour ouvrable;
 - c. Informer le réclamant de la possibilité de demander une prolongation du Délai pour compléter; et
 - d. Informer le réclamant que s'il ne complète pas sa réclamation ou qu'il ne demande pas une prolongation du Délai pour compléter, sa réclamation sera rejetée.
3. Si le réclamant souhaite demander une prolongation du Délai pour compléter, il doit soumettre à l'Administrateur un « *Formulaire de Demande de Prolongation du Délai pour compléter* », joint en Annexe B, qui requiert du réclamant d'indiquer :
 - a. Les démarches déjà entreprises pour compléter sa réclamation;
 - b. Les raisons pour lesquelles la réclamation n'a pu être complétée à ce jour; et
 - c. Les nouvelles démarches que le réclamant propose de faire pour compléter sa réclamation et les délais que prendront ces démarches.
4. Le *Formulaire de Demande de Prolongation du Délai pour compléter* sera transmis par l'Administrateur au réclamant, sur demande, et sera également disponible sur le site internet de l'Administrateur (www.hepc8690.ca).
5. Sur réception d'un *Formulaire de Demande de Prolongation du Délai pour compléter*, l'Administrateur doit en prendre connaissance et décider s'il contient un plan qui permettrait raisonnablement de compléter la réclamation. Dans l'affirmative, l'Administrateur accordera la prolongation, qui ne devra pas dépasser 6 mois à compter de la date à laquelle le *Formulaire de*

Demande de Prolongation du Délai pour compléter est soumis. 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 C.

6. Si, après avoir pris connaissance du *Formulaire de Demande de Prolongation du Délai pour compléter*, l'Administrateur détermine qu'il ne contient pas un plan qui permettrait raisonnablement de compléter la réclamation, l'Administrateur rejettera la réclamation et transmettra au réclamant une « Lettre de Refus » sous la forme substantiellement comparable à l'Annexe D.

7. Si le réclamant n'a pas complété sa réclamation ou soumis un *Formulaire de demande de prolongation du Délai pour compléter* 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 E.

8. Si le réclamant a obtenu une prolongation du Délai pour compléter mais ne l'a pas fait 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 F.

B. Les réclamants qui ne peuvent être localisés

9. Lorsque l'Administrateur a reçu une réclamation mais que la correspondance postée au réclamant a été retournée avec la mention « Non livrable / Undeliverable » et que le réclamant n'a pas fourni à l'Administrateur ses nouvelles coordonnées pour être rejoint, l'Administrateur :

- a. Fera les efforts raisonnables pour localiser le réclamant notamment à partir des divers sites disponibles sur Internet;
- b. Lorsque possible, contactera le médecin traitant du réclamant afin de pouvoir entrer en contact avec ce dernier.

10. Lorsque l'Administrateur est incapable d'obtenir les coordonnées à jour du réclamant après avoir complété les étapes prévues aux paragraphes 9a) et 9b), l'Administrateur traitera la réclamation comme ayant été rejetée.

C. Les duplicata de réclamations

11. Lorsque l'Administrateur qui a reçu une réclamation qu'il a déterminé être un duplicata d'une autre réclamation qui a déjà été traitée, l'Administrateur la considérera comme ayant été rejetée et transmettra au réclamant une lettre à cet effet sous la forme substantiellement comparable à l'Annexe G.

Annexe « A »

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

AVIS DE REFUS EN ATTENTE DE RENSEIGNEMENT(S)
OU DE DOCUMENT(S) ADDITIONNEL(S)

date

nom

adresse

Chère réclamante,
Cher réclamant,

Objet : Votre dossier n°

Après examen de votre dossier, nous constatons qu'il nous manque des renseignements ou documents pour approuver votre réclamation.

Votre réclamation présente les lacunes suivantes :

Les tribunaux ont fixé un délai de 90 jours pour permettre aux réclamants de compléter leur réclamation présentée dans le cadre du présent Règlement. **En conséquence, vous devez remédier aux lacunes indiquées plus haut au plus tard le ***, faute de quoi votre réclamation sera rejetée, à moins que vous nous avez transmis une demande de prolongation du délai pour compléter la réclamation.** Le rejet d'une réclamation pour défaut de remédier aux lacunes est sujet à appel. Vous devez demander qu'un juge arbitre ou un arbitre soit saisi de la décision en question.

La prolongation du délai pour compléter la réclamation peut être accordée par l'Administrateur pour une période n'excédant pas 6 mois. Si vous désirez présenter une demande de prolongation à cette fin, vous devez remplir un « **Formulaire de demande de prolongation du délai pour compléter la réclamation** », indiquant les mesures que vous avez prises pour remédier aux lacunes, la raison pour laquelle vous n'avez pas réussi à remédier aux lacunes et les démarches que vous comptez entreprendre pour compléter votre réclamation. Le « **Formulaire de demande de prolongation du délai pour compléter la réclamation** » est disponible sur notre site Web à www.hepc8690.ca ou peut être obtenu en communiquant avec nous au 1-877-434-0944. **La demande de prolongation du délai doit être reçue au plus tard le ***.**

Si vous n'avez pas réussi à remédier à toutes les lacunes ou si vous n'avez pas transmis un « **Formulaire de demande de prolongation du délai pour compléter la réclamation** » d'ici le ***, votre réclamation sera **rejetée**.

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 visitez notre site Web à www.hepc8690.ca. Toute lettre ou 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 :

Centre des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990)
C.P. 2370, succursale D
Ottawa (Ontario)
K1P 5W5
Ligne téléphonique 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)

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

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE PROLONGATION
DU DÉLAI POUR COMPLÉTER LA RÉCLAMATION**

Le réclamant / la réclamante peut présenter par écrit à l'Administrateur des réclamations, une demande de prolongation du délai de 90 jours pour compléter sa réclamation. Il/elle doit indiquer les démarches entreprises pour remédier aux lacunes, la raison pour laquelle il/elle n'a pas réussi à y remédier et indiquer quelles nouvelles démarches il/elle compte entreprendre pour y remédier.

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 – GENRE 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 fournir les renseignements et/ou document(s) manquant(s) :

Veillez préciser pourquoi ces renseignements et/ou document(s) n'ont pas été transmis et pourquoi le réclamant/la réclamante n'a pas remédié aux lacunes :

Veillez préciser les nouvelles démarches que le réclamant /la réclamante compte entreprendre pour transmettre le(s) renseignement(s) et/ou document(s) manquant(s) 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 « C »

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 transmettez pas le(s) renseignement(s) et/ou document(s) manquant(s) d'ici le ***, votre réclamation sera **rejetée**. **Aucune autre prolongation ne vous sera accordée**. Le rejet d'une réclamation pour défaut de fournir le(s) renseignement(s) et/ou document(s) manquant(s) 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 « D »

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

LETTRE DE REFUS

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 « E »

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

LETTRE DE REFUS

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 transmis le(s) renseignement(s) et/ou document(s) manquant(s) en question 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

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

Annexe « F »

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

LETTRE DE REFUS

Délai en vue de remédier aux lacunes – Prolongation accordée mais lacunes non remédiées

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 la 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 au ***. Comme vous n'avez pas réussi à transmettre les renseignements et/ou document(s) manquant(s) 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 « G »

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

**LETTRE DE REFUS
Réclamation en double**

date

nom

adresse

Cher réclamant,
Chère réclamante,

Objet : Votre dossier n°

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

Réclamation présentée en double

Nous avons établi que votre réclamation était un double de votre autre réclamation portant le numéro de dossier ***. Comme votre réclamation initiale a été examinée et traitée conformément à la Convention de règlement, nous avons rejeté la présente réclamation à titre de doublon de la réclamation initiale.

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