

**Le Centre des réclamations relatives à l'hépatite C 1986-1990**

Administrateur du règlement des recours collectifs  
C.P. 2370, succursale D  
Ottawa ON K1P 5W5  
Sans frais : 1 877 434-0944  
Télééc. : (613) 569-1763  
www.hepc8690.ca

\*P-HCV\$F-COC/1\*

COC

\*clm. clm\_idno\*

\*nme. control\_no\*

fnc.name\_addr\_1  
fnc.name\_addr\_2  
fnc.firm\_name  
fnc.name\_addr\_3  
fnc.name\_addr\_4  
fnc.name\_addr\_5  
fnc.city fnc.state fnc.zip fnc.country

Le 29 mai 2002  
Numéro de réclamation  
clm.clm\_idno

fnc.salutef

Comme vous le savez, votre demande d'indemnisation en vertu de la *Convention de règlement des recours collectifs relative à l'hépatite C 1986-1990* a été approuvée au niveau de maladie 6. Par la présente, nous vous avisons que puisque vous avez été approuvé au niveau de maladie 6, vous avez droit à une **indemnisation supplémentaire** relativement aux « **Frais engagés pour des soins** ».

**Le médecin traitant doit confirmer la date de votre première admissibilité au niveau de maladie 6**

En conformité avec l'article 4.04 de la Convention de règlement, vous avez droit, sur recommandation de votre médecin traitant, à une indemnisation pour les frais engagés pour vos soins à compter de la date à laquelle votre médecin traitant a confirmé que vous étiez **atteint d'au moins un des sept états pathologiques liés au niveau de maladie 6** (voir la liste des sept états pathologiques sur le formulaire TRAN ou HEMO 2 à la page 2).

**Limites et restrictions de l'indemnisation**

Selon la Convention de règlement, ce recouvrement porte sur le **montant ou la partie des frais**, s'il y a lieu, qui ont excédé le montant qui vous est alloué par une **assurance publique ou privée** qui comprendrait tout montant que vous auriez eu à payer comme franchise ou co-paiement. Ce montant est limité à **50 000 \$** par année civile en dollars de 1999.

**Exemples des frais admissibles engagés pour des soins**

- Soins personnels fournis par un membre de la famille à domicile (Veuillez indiquer le nombre d'heures par semaine ainsi qu'une description des soins assurés)

**Vous devez fournir des reçus pour les soins suivants :**

- Soins à domicile
- Soins de relève – à domicile ou à l'extérieur du domicile
- Soins reçus dans un programme de centre de jour
- Soins de longue durée en établissement (seulement la partie qui ne peut être recouverte par un régime d'assurance maladie)

- ❑ Soins palliatifs

### **Exemples de frais admissibles SEULEMENT si assurés par VON**

- ❑ Gestion de cas
- ❑ Préparation de la réclamation

### **Aide et évaluation fournie par l'organisme VON Canada**

Étant donné que le formulaire intitulé : « Frais engagés pour des soins » peut être difficile à remplir en raison de la nature variée des couvertures d'assurance des soins de santé publique ou privée, l'Administrateur a accepté de coopérer avec les représentants de l'organisme des **Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada** (VON Canada). Cet organisme comprend les exigences tant de la Convention de règlement que des formulaires de réclamation.

L'organisme VON Canada possède des compétences uniques pour évaluer, livrer et gérer tous les soins de santé dont vous auriez besoin et qui ne sont pas couverts par une assurance publique ou privée. Une partie des services fournis par l'organisme (frais remboursables par le Fonds) comprend les suivants : revoir votre cas pour évaluer votre admissibilité à une indemnisation pour frais engagés pour des soins et les services que vous pouvez réclamer; remplir tous les documents et faire le suivi auprès de votre médecin ou de l'Administrateur.

Vous pouvez choisir de remplir vous-même le **Formulaire sur les frais engagés pour des soins** **OU** demander à l'organisme VON Canada **OU** à tout autre fournisseur de services de soins de santé semblable de le remplir pour vous. Le choix du fournisseur est à votre **discrétion**

### **Comment communiquer avec l'organisme VON**

Si vous choisissez de vous prévaloir des services offerts par VON Canada, veuillez communiquer avec l'organisme en téléphonant sans frais au **1 866 206-6520** pour prendre un rendez-vous. **Présentez-vous** comme réclamant reconnu. Veuillez donner au complet votre nom et votre adresse ainsi que le numéro d'identification (ID) de votre réclamation. N'oubliez pas de dire que vous êtes reconnu en vertu de la *Convention de règlement des recours collectifs relative à l'hépatite C 1986-1990*. Une infirmière de l'organisme VON fera le suivi de votre demande.

Veuillez noter que l'organisme VON Canada offre les services suivants :

- ❑ **Évaluer** « les services de soins admissibles » dont vous auriez peut-être eu besoin dans le passé et dont avez peut-être besoin à l'heure actuelle en plus de ceux fournis par l'assurance des soins de santé publique ou privée.
- ❑ **Consulter votre médecin traitant** (médecins) pour confirmer les frais que vous avez et que vous pouvez engager en raison de votre infection par l'hépatite C et qui sont admissibles en vertu du « programme d'indemnisation des frais engagés pour soins de santé ».
- ❑ **Faire des recommandations** à votre médecin traitant (médecins) pour des « services de soins de santé » que l'organisme VON fournira ou coordonnera.
- ❑ **Remplir le formulaire intitulé « Frais engagés pour des soins »** et s'assurer qu'il comprend toutes les signatures requises (votre signature à la Section E et celle de votre médecin traitant (médecins) à la Section C).
- ❑ **Fournir les « services de soins de santé »** recommandés par le médecin traitant (médecins) par l'entremise de votre fournisseur de soins de santé ou du personnel de l'organisme VON.

Si vous avez des questions, veuillez ne pas hésiter à nous téléphoner au 1 877 434-0944.

Veuillez agréer l'expression de nos sentiments les plus sincères.

Le Centre des réclamations relatives à l'hépatite C 1986-1990