

## Bordereau de transmission Frais de médicaments prophylactiques

1. Renseignements sur le fournisseur	2. Renseignements sur le réclamant
Nom de la pharmacie	Nom et prénom (selon l'acte de naissance)
Téléphone	Téléphone
Télécopieur	Date de naissance
N° de fournisseur	NAM

3. Documents à transmettre obligatoirement
<input type="checkbox"/> Facture <input type="checkbox"/> Copie de l'attestation médicale du réclamant <input type="checkbox"/> Copie de la prescription du médecin pour médicaments prophylactiques <input type="checkbox"/> Copie du formulaire <i>Demande de prestations</i> , si disponible
Commentaires :
<b>Important</b> : Préciser le nombre de pages, y compris celle-ci

4. Autorisation	
J'autorise la pharmacie :  _____  à communiquer à la Direction générale de l'IVAC tout renseignement nécessaire au traitement de ma réclamation. À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement de ma réclamation.	Signature du réclamant :  _____  Date :  _____

Les renseignements contenus dans la présente télécopie sont confidentiels et envoyés pour la seule et unique utilisation de la Direction générale de l'IVAC. Si vous avez reçu cette télécopie par erreur, veuillez en aviser immédiatement l'expéditeur et lui retourner le message original.

No de télécopieur DGIVAC 514-906-3029

Le sigle « DGIVAC » désigne la Direction générale de l'indemnisation des victimes d'actes criminels.