



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

Demande de remboursement

Ce formulaire s'adresse à vous si vous voulez réclamer un remboursement des frais engagés pour remplir le formulaire d'autorisation du médecin traitant. La demande de remboursement sera complétée sur présentation de votre reçu joint à cette présente demande.

A. Renseignements sur la mère participante (écrivez en majuscules)

Nom de famille, prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal: _____

B. Remboursement

Montant du remboursement (reçu en annexe) _____ \$

Signature de la mère participante : _____

Date de la demande : _____

C. À L'USAGE EXCLUSIF D'HÉMA-QUÉBEC

DEMANDE D'ÉMISSION DE CHÈQUE

Nature comptable: _____

Ordre interne/Centre de coût: _____

Révision des pièces justificatives : Conforme: Oui Non

Responsable du service demandant

Date

Responsable de la comptabilité

Date

Retournez le formulaire dûment complété ainsi que votre reçu à :

Héma-Québec

4045, boulevard de la Côte-Vertu
Saint-Laurent (Québec) H4R 2W7