

**DEMANDE DE RENOUVELLEMENT
DE REMBOURSEMENT D'UNE PROTHÈSE CAPILLAIRE**

Date :

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone :

Signature :

N'oubliez pas de joindre votre preuve d'achat ainsi que votre preuve de résidence.

Veuillez transmettre ce formulaire et les preuves demandées au :

**Programme AVQ-AVD
1219, rue de Maisonneuve
Longueuil (Québec) J4K 2S7**

Vous pouvez également transmettre votre demande de remboursement par fax au 450-677-0963.