

**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.