

**LISTE DE CONTRÔLE (CHECKLIST) POUR LES DEMANDES DE COMPENSATION DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE
COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ÉCONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU
SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX
(version du 24 juin 2022)**

La présente liste a pour objectif de vous aider à soumettre votre Demande dans le cadre du Programme de compensation sans faute pour les économies remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX (« le Programme »). Vous disposez de tout le temps nécessaire pour soumettre votre Demande, veuillez donc **vous assurer que votre dossier de Demande soit aussi complet que possible avant de le soumettre**. Veuillez calculer soigneusement la Période de référence qui s'applique au Patient (telle qu'indiquée à la [Section 2\(t\)](#) du [Protocole relatif au Programme](#) et les [Questions fréquemment posées](#)) et gardez à l'esprit que la Période de référence ne peut en aucun cas s'étendre au-delà du 30 juin 2027 (date de clôture de la procédure de dépôt des demandes et à laquelle plus aucune Demande de compensation dans le cadre du Programme ne sera acceptée par l'Administrateur).

Les termes utilisés dans la présente liste de contrôle portant une majuscule ont le sens qui leur est donné dans le Protocole relatif au Programme. Veuillez lire attentivement le [Protocole](#) et les [Questions fréquemment posées](#) (qui peuvent être consultés sur le site covaxclaims.com) pour en savoir plus sur le Programme, notamment qui peut faire une Demande de compensation.

Il est important de cocher toutes les cases « OUI » de la liste pour éviter que votre Demande ne soit rejetée ou que son traitement ne soit retardé. Toutefois, le fait de cocher toutes les cases « OUI » ne signifie pas automatiquement que votre Demande sera recevable ou que vous obtiendrez une compensation au titre du Programme. Plusieurs conditions doivent être remplies pour cela, comme il est indiqué dans le Protocole relatif au Programme. Pour toute question, veuillez contacter l'Administrateur du Programme par courrier électronique à l'adresse covaxclaims@esis.com avant de déposer votre dossier de Demande.

ACTION	✓ OUI	X NON
1. Êtes-vous (ou la personne que vous représentez est-elle) : <ul style="list-style-type: none"> • un ressortissant d'une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX ; <u>ou</u> • un résident d'une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie du marché du COVAX ; <u>ou</u> • une personne faisant partie d'une des populations visées par le stock tampon de vaccins à usage humanitaire du COVAX dans une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX ? 		
2. Vous a-t-on administré (ou à la personne que vous représentez) un vaccin contre la COVID-19 reçu par l'intermédiaire du Mécanisme COVAX dans une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX ?		
3. <i>Si votre Demande porte sur une invalidité permanente, avez-vous attendu au moins 30 jours</i> après l'administration de la dose de Vaccin réputée avoir provoqué le Dommage avant de commencer à remplir le Formulaire de Demande ?		
4. <i>Si votre Demande porte sur une invalidité permanente, avez-vous attendu au moins 30 jours</i> après l'administration de la dose de Vaccin réputée avoir provoqué le Dommage avant de demander à un ou des Professionnels de santé agréés de remplir le Formulaire relatif aux Pièces justificatives et/ou de réunir les documents supplémentaires indiqués à la question n° 11 ci-dessous ?		
5. Avez-vous rempli et déposez-vous votre Formulaire de Demande en anglais, en français ou en espagnol (et <u>non</u> dans une autre langue) ?		
6. Avez-vous rempli toutes les sections et répondu à toutes les questions du Formulaire de Demande en donnant autant de précisions que possible, y compris sur le Vaccin administré ?		
7. Avez-vous indiqué votre nom complet, signé et daté à la section 14 du Formulaire de Demande ?		

ACTION	✓ OUI	X NON
8. Avez-vous demandé à un ou plusieurs Professionnels de santé agréés de remplir le Formulaire relatif aux Pièces justificatives en anglais , en français ou en espagnol (et <u>non</u> dans une autre langue) ?		
9. Déposez-vous le Formulaire relatif aux Pièces justificatives : <ul style="list-style-type: none"> • en même temps que (c'est-à-dire avec) le Formulaire de Demande ; <u>et</u> • en anglais, en français ou en espagnol uniquement (et <u>non</u> dans une autre langue) ? 		
10. Chaque Professionnel de santé agréé qui a rempli le Formulaire relatif aux Pièces justificatives a-t-il indiqué son nom complet, signé et daté à la fin dudit Formulaire ?		
11. Déposez-vous les documents supplémentaires suivants (dans une quelconque langue) en même temps (c'est-à-dire avec) le Formulaire de Demande et le Formulaire relatif aux Pièces justificatives : <ul style="list-style-type: none"> • Factures, reçus ou autres preuves de paiement de tous les frais médicaux (y compris les frais d'hospitalisation) entraînés par le Dommage pour lequel la Demande est faite ; <u>et</u> • <i>Si vous déposez la Demande au nom d'un Patient qui est décédé, est un enfant, est handicapé ou qui n'a pas la capacité juridique de déposer une Demande</i> : une procuration ou une déclaration devant un Notaire agréé conformes aux exigences détaillées à la Section 8(c) du Formulaire de Demande. 		
12. Soumettez-vous l'ensemble du dossier de Demande (qui <u>doit</u> comprendre : i) le Formulaire de Demande , ii) le Formulaire relatif aux Pièces justificatives , iii) les documents supplémentaires énumérés à la question N° 11 ci-dessus) à l'Administrateur du Programme par l'un des moyens suivants : <ul style="list-style-type: none"> • En remplissant le Formulaire de Demande en ligne sur le portail Web du Programme à l'adresse https://covaxclaims.com/fr/formulaire-de-demande/ <u>et aussi</u> en téléchargeant le Formulaire relatif aux Pièces justificatives sur le portail Web du Programme à l'adresse https://covaxclaims.com/fr/depot-en-ligne-des-pieces-jointes-a-la-demande/ ; ou • En envoyant l'intégralité de votre dossier de Demande par courrier électronique à l'adresse covaxclaims@esis.com ; ou • En envoyant l'intégralité de votre dossier de Demande par courrier postal à l'un des centres régionaux du Programme (voir l'annexe 1 du Formulaire de Demande). 		
13. Soumettez-vous l'intégralité du dossier de Demande avant la fin de la Période de référence qui s'applique à votre cas ou à la personne que vous représentez, (comme indiqué à la section 2 (t) du Protocole relatif au Programme et dans les Questions fréquemment posées) ? Veuillez noter que la Période de référence ne peut en aucun cas s'étendre au-delà du 30 juin 2027, date de clôture de la procédure de dépôt des demandes dans le cadre du Programme et à laquelle plus aucune Demande de compensation ne sera acceptée par l'Administrateur.		

[UNE LISTE DE CONTRÔLE PLUS DÉTAILLÉE SUIT À LA PAGE SUIVANTE]

LISTE DE CONTRÔLE (CHECKLIST) - POUR LES DEMANDES DE COMPENSATION DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

1. INTRODUCTION

La présente liste de contrôle a pour objectif de vous aider à soumettre votre Demande dans le cadre du Programme de compensation sans faute pour les économies remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX (« le Programme »). Veuillez noter qu'il est important de pouvoir cocher toutes les cases de cette liste de contrôle pour éviter que la Demande soit rejetée ou son examen retardé. Toutefois, votre Demande n'est pas automatiquement recevable parce que toutes les cases sont cochées.

Si vous avez subi un Dommage (ou si une personne au nom de laquelle vous êtes habilité à agir a subi un Dommage) à la suite de l'administration d'un vaccin contre la COVID-19 acheté ou distribué par l'intermédiaire du Mécanisme COVAX, vous (ou la personne au nom de laquelle vous êtes habilité à agir) pourriez avoir droit à une compensation au titre du Programme.

Les termes utilisés dans la présente liste de contrôle portant une majuscule ont le sens qui leur est donné dans le Protocole relatif au Programme. Veuillez lire attentivement le [Protocole relatif au Programme](#) et les questions [fréquemment posées \(FAQs\)](#) (disponibles à l'adresse www.covaxclaims.com) pour plus d'informations sur le Programme, y compris pour savoir qui remplit les conditions pour demander une compensation.

Vous pouvez présenter une Demande de compensation dans le cadre du Programme par l'un des moyens suivants :

- En complétant une Demande en ligne sur le portail Web du Programme à l'adresse <https://covaxclaims.com/fr/formulaire-de-demande/> et en téléchargeant le Formulaire relatif aux Pièces justificatives et les documents supplémentaires sur le portail Web du Programme à l'adresse <https://covaxclaims.com/fr/depot-en-ligne-des-pieces-jointes-a-la-demande/> ;
- En envoyant votre Demande par courriel à covaxclaims@esis.com; ou
- En envoyant votre Demande par courrier ordinaire à l'un des centres régionaux du Programme, dont les adresses figurent à l'annexe 1 jointe au Formulaire de Demande et sont également disponibles à la rubrique « [Nous contacter](#) » sur le portail Web du Programme.

Votre Demande de compensation dans le cadre du Programme **doit comprendre** :

- le [Formulaire de Demande](#) (Annexe 2 du Protocole relatif au Programme) ;
- le [Formulaire relatif aux Pièces justificatives](#) (Annexe 3 du Protocole relatif au Programme) ;
- les documents supplémentaires, tels que précisés à la section D ci-après.

Veuillez noter que vous avez amplement le temps de soumettre une Demande. **Par conséquent, veuillez à prendre votre temps pour vous assurer que votre Demande est aussi complète que possible avant de la soumettre.** Veuillez noter que si **tous** les documents susmentionnés ne sont pas soumis ou s'ils le sont en retard, cela peut entraîner des retards dans l'examen de votre Demande et/ou son rejet.

2. LISTE DE CONTRÔLE (CHECKLIST)

A) Avez-vous dûment vérifié que vous (ou que la personne au nom de laquelle vous êtes habilité à agir) répondez aux conditions pour présenter une Demande de compensation dans le cadre du Programme ?

- ✓ Êtes-vous (ou la personne au nom de laquelle vous êtes habilité à agir) citoyen d'une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX, y résidez-vous ou y faites-vous partie des populations visées par le stock tampon de vaccins à usage humanitaire du COVAX ?
- ✓ Avez-vous (ou la personne au nom de laquelle vous êtes habilité à agir) reçu un vaccin contre la COVID-19 dans une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché COVAX ?

- ✓ Avez-vous vérifié et confirmé que vous (ou la personne au nom de laquelle vous êtes habilité à agir) avez reçu un vaccin contre la COVID-19 qui a été administré par l'intermédiaire du Mécanisme COVAX et qui est défini comme Vaccin dans le Protocole relatif au Programme ?
- ✓ Avez-vous (ou la personne au nom de laquelle vous êtes habilité à agir) subi un Dommage (tel que défini dans le Protocole relatif au Programme) qui, de l'avis d'un Professionnel de santé agréé, résulterait du Vaccin qui vous a été administré (ou qui a été administré à la personne au nom de laquelle vous êtes habilité à agir) ?

B) Délai d'attente de 30 jours

- ✓ *Si votre Demande porte sur une invalidité permanente* : avez-vous attendu 30 jours après l'administration de la dose du Vaccin réputée avoir provoqué le Dommage (à vous ou à la personne au nom de laquelle vous remplissez la Demande, selon le cas), **avant** de commencer à remplir le Formulaire de Demande ?
- ✓ *Si votre Demande porte sur une invalidité permanente* : avez-vous attendu 30 jours après l'administration de la dose du Vaccin réputée avoir provoqué le Dommage (à vous ou à la personne au nom de laquelle vous remplissez la Demande, selon le cas), **avant** de demander à un Professionnel de santé agréé de remplir le Formulaire relatif aux Pièces justificatives et/ou de recueillir les documents supplémentaires, tels que précisés à la section D ?

Remarque : Si les 30 jours ne sont pas encore écoulés, veuillez **ne pas** remplir votre Formulaire de Demande, ni demander à un Professionnel de santé agréé de remplir le Formulaire relatif aux Pièces justificatives, ni recueillir vos documents supplémentaires. Vous avez amplement le temps de soumettre une Demande. Veuillez donc attendre que les 30 jours soient écoulés avant d'entamer ces démarches.

Remarque : Le délai d'attente de 30 jours ne s'applique pas si votre Demande est liée à un décès.

C) Formulaire de Demande (Annexe 2 du Protocole relatif au Programme)

- ✓ Soumettez-vous votre Formulaire de Demande en :
 - anglais,
 - français, ou
 - espagnol ?

Remarque : Le Formulaire de Demande doit être rempli en anglais, en français ou en espagnol **uniquement**. S'il est rempli et/ou soumis dans une autre langue, il ne peut être ni accepté ni examiné.

- ✓ Avez-vous rempli **toutes** les sections et répondu à **toutes** les questions du Formulaire de Demande, en fournissant autant de détails que possible ?
- ✓ Avez-vous indiqué votre nom complet et la date et signé la section 14 du Formulaire de Demande ?

Remarque : Votre Demande sera rejetée ou son traitement retardé si vous n'avez pas i) rempli toutes les sections du Formulaire de Demande et ii) signé, daté et indiqué votre nom complet dans les espaces prévus à la section 14 du Formulaire de Demande.

D) Formulaire relatif aux Pièces justificatives (Annexe 3 du Protocole relatif au Programme)

- ✓ Le Formulaire relatif aux Pièces justificatives a-t-il été rempli en :
 - anglais,
 - français, ou
 - espagnol ?

Remarque : Le Formulaire relatif aux Pièces justificatives doit être rempli en anglais, en français ou en espagnol **uniquement**. S'il est rempli et/ou soumis dans une autre langue, il ne peut être ni accepté ni examiné.

- ✓ Le Formulaire relatif aux Pièces justificatives est nécessaire pour communiquer les preuves médicales requises à l'appui de votre Demande. Le Formulaire relatif aux Pièces justificatives **doit** accompagner votre Formulaire de Demande. Soumettez-vous votre Formulaire de Demande accompagné de ce Formulaire relatif aux Pièces justificatives ?
- ✓ Ce Formulaire relatif aux Pièces justificatives a-t-il été rempli, signé et daté par au moins un Professionnel de santé agréé ?

Remarque : **Ne** remplissez **pas** vous-même le Formulaire relatif aux Pièces justificatives.

- ✓ Si plus d'un Professionnel de santé agréé ont rempli ce Formulaire relatif aux Pièces justificatives, chacun d'entre eux a-t-il indiqué son nom, daté et signé le Formulaire relatif aux Pièces justificatives ?

Remarque : Votre Demande sera rejetée ou son traitement retardé si le ou les Professionnel(s) de santé agréé(s) n'a (ont) pas i) rempli toutes les sections et répondu à toutes les questions de ce Formulaire relatif aux Pièces justificatives, ii) signé et daté le Formulaire et indiqué leur nom complet.

E) Documents supplémentaires

- ✓ Soumettez-vous les documents suivants avec le Formulaire de Demande ?
 - Factures, reçus ou autres preuves de paiement de tous les frais médicaux (y compris les frais d'hospitalisation) encourus à la suite du Dommage pour lequel la présente Demande est faite.
 - *Si vous soumettez la Demande pour une personne au nom d'un Patient qui est décédé, est un enfant, est handicapé ou n'a pas la capacité juridique de déposer une Demande pour lui-même : une procuration ou une déclaration devant un Notaire agréé conforme aux exigences détaillées à la Section 8(c) du Formulaire de Demande.*

Remarque : Votre Demande sera rejetée ou son traitement retardé si vous ne soumettez pas ces documents supplémentaires avec votre Formulaire de Demande. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la section 8 du Formulaire de Demande.

Remarque : Si les documents supplémentaires ne sont pas disponibles en anglais, en français ou en espagnol, vous pouvez les soumettre dans n'importe quelle autre langue.

F) Date limite de présentation de la Demande (y compris le Formulaire de Demande, le Formulaire relatif aux Pièces justificatives et les documents supplémentaires)

- ✓ Soumettez-vous i) le Formulaire de Demande, ii) le Formulaire relatif aux Pièces justificatives et iii) les documents supplémentaires mentionnés à la section D ci-dessus avant la fin de la Période de référence applicable, telle que définie à la section 2(t) du Protocole (sachant que la Période de référence ne peut en aucun cas s'étendre au-delà du 30 juin 2027, date de clôture de la procédure de dépôt des demandes dans le cadre du Programme) ? Pour de plus amples renseignements sur la Période de référence qui s'applique à votre situation, consultez les [questions fréquemment posées \(FAQs\)](#).

Remarque : Votre Demande, avec tous les documents susmentionnés, ne pourra être ni acceptée ni examinée et sera rejetée si elle est soumise après la fin de la Période de référence applicable.

Questions

Avez-vous des questions ? Si c'est le cas, veuillez adresser un courriel à l'Administrateur du Programme à l'adresse covaxclaims@esis.com avant de soumettre votre Demande.