

Régime médicaments du
Nouveau-Brunswick
C.P. 690
Moncton (N.-B.) E1C 8M7

Numéro sans frais : 1-855-540-7325
Télécopieur : 1-888-455-8322
Site Web : gnb.ca/regimemedicaments

Veillez communiquer avec le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-855-540-7325 avant de présenter une demande d'adhésion afin de confirmer que le médicament pour lequel vous souhaitez obtenir une couverture est inscrit sur le formulaire de médicaments du Régime.

i Comment remplir ce formulaire

- Toutes les sections doivent être remplies.** Veuillez écrire lisiblement. Assurez-vous que vous (et votre conjoint[e] le cas échéant) avez signé les sections 3, 4 et 5. Toute personne à charge (le cas échéant) de plus de 16 ans doit signer la section 5.
- Ne remplissez qu'une seule demande d'adhésion par famille.** Votre conjoint(e) ou les personnes à votre charge (le cas échéant) n'ont pas besoin de remplir une demande séparée.
- Si vous présentez une demande et que vous avez déjà un régime d'assurance médicaments, vous devez également remplir le formulaire **Autre régime d'assurance médicaments**, et l'envoyer avec le formulaire de demande d'adhésion complété. Le formulaire Autre régime d'assurance médicaments est disponible sur le site Web du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.
- Envoyez la demande d'adhésion complétée et signée par la poste ou télécopieur, à l'adresse postale ou au numéro indiqué ci-dessus.
- Lorsque votre demande d'adhésion aura été traitée, vous recevrez un avis d'acceptation au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, qui vous donnera les détails de votre prime et de votre quote-part ainsi que la date d'entrée en vigueur de votre couverture.

SECTION 1 - Renseignements personnels (obligatoire)

DEMANDEUR :

Prénom : _____ Nom de famille : _____

N° d'assurance-maladie : _____ Date de naissance : _____
JJ/MM/AAAA

Sexe : M F X

État civil : personne seule marié(e) conjoint(e) de fait séparé(e) divorcé(e) veuf(veuve)

Adresse postale : _____

Ville/village : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Autre numéro (p. ex., cellulaire) : _____

Êtes-vous actuellement couvert par un régime d'assurance médicaments? oui non

Quand votre couverture prend-elle fin? _____
JJ/MM/AAAA

Si vous avez une couverture qui ne prendra pas fin dans le cadre d'un autre régime d'assurance médicaments, veuillez remplir le formulaire Autre régime d'assurance médicaments et l'envoyer avec le formulaire de demande d'adhésion dûment rempli.

CONJOINT(E) : (Les renseignements sur votre conjoint(e) sont requis même s'il (elle) ne demande pas la couverture. Les primes et les quotes-parts sont déterminées en fonction du revenu familial.)

Prénom : _____ Nom de famille : _____

N° d'assurance-maladie : _____ Date de naissance : _____
JJ/MM/AAAA

Sexe : M F X

Votre conjoint(e) demande-t-il (elle) aussi la couverture? oui non

Est-ce que votre conjoint(e) est actuellement couvert(e) par un régime d'assurance médicaments? oui non

Quand la couverture prend-elle fin? _____
JJ/MM/AAAA

Si votre conjoint(e) a une couverture qui ne prendra pas fin dans le cadre d'un autre régime d'assurance médicaments, veuillez remplir le formulaire Autre régime d'assurance médicaments et l'envoyer avec le formulaire de demande d'adhésion dûment rempli.

SECTION 2 - Renseignements sur les personnes à charge (s'il y a lieu)

Remplissez l'information de toutes les personnes à charge admissibles. Si vous n'avez pas suffisamment de place, veuillez joindre une feuille séparée.

Personnes à charge admissibles :

- tous les enfants à charge âgés de moins de 19 ans
- toutes les personnes à charge âgées de 19 ans ou plus qui sont admissibles au crédit d'impôt pour personnes handicapées en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu fédérale*, ET qui étaient admissibles au crédit d'impôt en tant que mineur, ET qui résident avec le demandeur

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Numéro d'assurance-maladie	Sexe	Handicapée (selon la définition ci-dessus)	* La personne à charge demande-t-elle aussi la couverture?	* La personne à charge est-elle actuellement couverte par un régime d'assurance médicaments?
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

* Si votre personne à charge a une couverture qui ne prendra pas fin dans le cadre d'un autre régime d'assurance médicaments, veuillez remplir le formulaire Autre régime d'assurance médicaments et l'envoyer avec le formulaire de demande d'adhésion dûment rempli.

SECTION 3 - Consentement à la communication de renseignements sur l'impôt sur le revenu (obligatoire)

Votre prime annuelle et votre quote-part maximum seront calculées en fonction du revenu annuel de votre famille, tel qu'indiqué sur la déclaration de revenus de l'Agence de revenu du Canada (ARC), pour l'année d'imposition la plus récente.

Veuillez choisir l'une des options suivantes :

- Je consens à la communication de notre revenu familial, tel qu'indiqué sur nos déclarations de revenus de l'ARC pour l'année d'imposition la plus récente.

Je, soussigné, autorise (Nous, soussignés, autorisons) par la présente l'Agence du revenu du Canada à fournir au responsable compétent du **ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick** ou à son **agent de mise en œuvre**, des renseignements sur mes (nos) déclarations de revenus, et, le cas échéant, tout autre renseignement confidentiel me (nous) concernant, qu'ils soient fournis par moi (nous) ou par un tiers. Ces renseignements devront être pertinents à la détermination et à la vérification de mon (notre) admissibilité aux prestations, aux primes et aux subventions du **Régime médicaments du Nouveau-Brunswick** et utilisés à cette fin uniquement. Ils ne seront divulgués à personne d'autre ni à aucune autre organisation sans mon (notre) autorisation. Il est entendu que, si je le souhaite (nous le souhaitons), je peux (nous pouvons) révoquer la présente autorisation à tout moment, en adressant une demande par écrit au **Régime médicaments du Nouveau-Brunswick**. La présente autorisation est valide pour l'année d'imposition en cours et toutes les années d'imposition subséquentes, durant lesquelles les services assurés pourront être demandés et déterminés en vertu du **Régime médicaments du Nouveau-Brunswick**.

Numéro d'assurance sociale du demandeur :

Numéro d'assurance sociale de votre conjoint(e) :

- Je ne consens pas à la communication de notre revenu familial, tel qu'indiqué sur nos déclarations de revenus de l'ARC pour l'année d'imposition la plus récente. La prime annuelle maximum et la quote-part maximum par ordonnance nous seront facturées.

Nom du demandeur :

X Signez ici - demandeur : Date de la signature : JJ/MM 20 AA

Nom de votre conjoint(e) :

X Signez ici - conjoint(e) : Date de la signature : JJ/MM 20 AA

Le consentement du conjoint(e) est obligatoire même s'il (elle) ne demande pas la couverture. Les primes et les quotes-parts sont déterminées en fonction du revenu familial.

SECTION 5 - Déclaration, autorisation et obligations (obligatoire)

En signant cette demande d'adhésion, je confirme que :

Je présente une demande d'adhésion au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, et je fournis dans le présent formulaire des renseignements à cette fin.

Je comprends que je peux retirer ma demande et annuler ma couverture en tout temps.

Les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts. Je comprends que transmettre des renseignements faux ou incomplets constitue une infraction.

J'autorise le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à recueillir des renseignements auprès de l'Assurance-maladie et d'autres sources afin de vérifier l'information sur ce formulaire et l'admissibilité au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

Je consens à informer le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick de tout changement pouvant avoir des répercussions sur ma couverture.

Je comprends que les renseignements personnels que je fournis ainsi que tous les renseignements personnels actuellement en la possession du Régime ou susceptibles d'être collectés à l'avenir pourront être recueillis, utilisés ou communiqués aux fins d'application des modalités du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

J'autorise le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels en vertu des conditions énoncées ci-dessus, aussi longtemps que je serai couvert par le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

Je comprends que je peux révoquer mon consentement à tout moment. Dans certains cas, la révocation de mon consentement peut mettre le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick dans l'impossibilité de me fournir la couverture ou les services assurés demandés.

Je comprends que je dois payer une prime tous les mois pour avoir droit aux services assurés et que si je ne paie pas les primes en entier, les services assurés ne seront pas remboursés et la couverture sera suspendue ou annulée.

Je comprends que l'omission de payer les primes ne signifie pas que j'ai annulé ma couverture en vertu du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick et que je dois communiquer avec l'administrateur afin de le faire. Je comprends que des mesures seront prises pour recouvrer toute prime due.

La signature de votre conjoint(e) et de toutes les personnes à charge de plus de 16 ans énumérées est requise même s'ils ne demandent pas la couverture.

Nom du demandeur : _____

X Signez ici -
demandeur :

Date de la
signature : _____ 20____
JJ/MM AA

Nom de votre conjoint(e) : _____

X Signez ici -
conjoint(e) :

Date de la
signature : _____ 20____
JJ/MM AA

* Nom de la personne à charge (16 ans ou plus) : _____

X Signez ici -
personne à charge :

Date de la
signature : _____ 20____
JJ/MM AA

* Nom de la personne à charge (16 ans ou plus) : _____

X Signez ici -
personne à charge :

Date de la
signature : _____ 20____
JJ/MM AA

* Un parent ou un tuteur peut signer au nom de la personne à charge si :

- la personne à charge est âgée entre 16 et 18 ans (inclusivement) et n'a pas la capacité de signer la déclaration personnelle et l'autorisation; ou
- la personne à charge est âgée de 19 ans ou plus et n'a pas la capacité de signer la déclaration personnelle et l'autorisation, ou a donné l'autorité légale à une autre personne d'agir en son nom. Veuillez joindre une copie de la procuration pour soins personnels.

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments sur ordonnance et médicaments onéreux* (LN-B 2014, ch 4, art 12 et art 13). Ils seront utilisés et divulgués aux fins de l'administration du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. Ils peuvent être utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, LN-B 2009, c P-7.05. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant la collecte et l'utilisation de renseignements personnels, visitez le site Web www.gnb.ca/santevieprivee, ou communiquez avec le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués à la page 1 de ce formulaire.