Fonds de financement spécial pour le traitement de l'infertilité
Ministère de la Santé
Assurance-maladie et services aux médecins
C.P. 5100
Fredericton, N.-B. E3B 5G8
Tél. : 1-844-443-3172

New Nouveau Brunswick

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE SPÉCIALE POUR LE TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ

Renseignements personnels

Nom de famille :	Nom de famille antérieur: (s'il y a lieu)	Prénom :

Adresse :	Ville-Village-Municipalité	Province	Code postal

Numéro de téléphone résidentiel :	Numéro de téléphone professionnel :	Courriel :

Numéro d'assurance-maladie valide du Nouveau-Brunswick :	Date de naissance :		
	AAAA	MM	JJ

Déclaration

Je déclare solennellement que :

- Je suis résident permanent à temps plein du N.-B., j'y vis habituellement et j'y ai une résidence.
- J'ai des problèmes de fertilité, tels que diagnostiqués par un médecin et j'ai reçu des traitements à cet effet après le 1er avril 2014.
- Le coût du traitement contre l'infertilité pour lequel je soumets une demande d'aide financière n'est admissible à aucun autre programme provincial ou régime d'assurance dans le secteur privé.
- Je comprends et j'accepte que je puisse demander le remboursement des frais encourus à la suite d'interventions médicales et pour l'achat de produits pharmaceutiques liés au traitement de l'infertilité jusqu'à concurrence de 50 % du montant total ou 5 000 $, selon le moins élevé des deux.
- Je comprends et j'accepte que les frais encourus pour un traitement contre l'infertilité reçu à l'extérieur du N.-B. seront admissibles seulement si ce traitement particulier n'est pas offert au N.-B. J'ai joint à ma demande une lettre de confirmation émise par une clinique de fertilité du N.-B.
- J'ai joint un document confirmant mon diagnostic d'infertilité ainsi qu'une facture ou un reçu original d'une clinique approuvée, où apparaît la date à laquelle le traitement contre l'infertilité (fécondation in vitro, insémination intra-utérine) a eu lieu.
- Je comprends et j'accepte que j'aie droit à un remboursement unique et que je ne pourrai présenter d'autres demandes au cours des années à venir.
- Je comprends et j'accepte que le remboursement soit limité à un versement unique par ménage et qu'aucune autre demande ne peut être soumise, traitée ou payée.

Nom du conjoint, le cas échéant :

- Je comprends et j'accepte que ma demande soit remboursée sous réserve de la disponibilité des fonds publics.

Fonds de financement spécial pour le traitement de l'infertilité
Ministère de la Santé
Assurance-maladie et services aux médecins
C.P. 5100
Fredericton, N.-B. E3B 5G8
Tél. : 1-844-443-3172

Je, le demandeur, déclare que les renseignements fournis dans la présente demande et dans toute pièce jointe sont exacts et complets.

Signature du demandeur: _____ Date: _____

Veuillez faire parvenir votre demande à l'adresse apparaissant au haut du présent formulaire.