

Programme de pompes à insuline du Nouveau-Brunswick (PPINB) Demande de couverture du capteur de surveillance du glucose en continu

Les renseignements recueillis ci-dessous serviront à déterminer votre admissibilité à la couverture des capteurs de surveillance du glucose en continu dans le cadre du Programme de pompes à insuline du Nouveau-Brunswick (PPINB), géré et administré par le ministère de la Santé et le Réseau de santé Vitalité. Ils peuvent être utilisés et divulgués conformément à d'autres dispositions de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*.

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

Nom du client								
Prénom(s) officiel(s)	Nom de famille officiel	Date de naissance						
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">JJ</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">MM</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">AAAA</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 34%; height: 20px;"></td> </tr> </table>	JJ	MM	AAAA			
JJ	MM	AAAA						

Sexe	Langue de choix	Numéro d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	

Adresse postale			
N° app., n° de voirie et nom de rue	Ville ou village	Province	Code postal

Adresse d'expédition (si différente de celle ci-dessus)			
N° app., n° de voirie et nom de rue	Ville ou village	Province	Code postal

Numéros de téléphone et courriel		
Primaire :	Autre :	Courriel :

Section 1.2 – Renseignement sur le parent, tuteur légal ou mandataire spécial (Remplissez cette section si vous présentez une demande pour une personne à charge)

Nom du parent, tuteur légal ou mandataire spécial	
Prénom(s) officiel(s)	Nom de famille officiel

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉNAGE

Cette information est recueillie pour établir la composition du ménage et les membres du ménage qui contribuent au revenu total du ménage.

S'il vous plaît, décrire votre ménage?	
<input type="checkbox"/> Un adulte seul <input type="checkbox"/> Un adulte et enfant(s) à charge <input type="checkbox"/> Un adulte et enfant(s) non à charge <input type="checkbox"/> Un adulte, enfant(s) à charge et enfant(s) non à charge <input type="checkbox"/> Autre: Veuillez préciser _____	<input type="checkbox"/> Un adulte et un conjoint/partenaire <input type="checkbox"/> Un adulte, un conjoint/partenaire et enfant(s) à charge <input type="checkbox"/> Un adulte, un conjoint/partenaire et enfant(s) non à charge <input type="checkbox"/> Un adulte, un conjoint/partenaire, enfant(s) à charge et enfant(s) non à charge

Un **enfant à charge** s'entend d'un enfant d'une personne et du conjoint/partenaire de cette dernière vivant sous le même toit qui est, **selon le cas** :

- âgé de moins de 19 ans et qui n'a pas de conjoint;
- âgé de 19 ans ou plus, mais de moins de 25 ans, et qui étudie à temps plein et n'a pas de conjoint. Un étudiant qui réside à l'extérieur du domicile parental pendant ses études peuvent être considéré comme un enfant à charge.

De plus, une **personne à charge** est définie comme étant : un enfant, un petit-enfant, un parent, un grand-parent, un frère, une sœur, un oncle, une tante, une nièce ou un neveu d'une personne et/ou du conjoint/partenaire d'une personne vivant dans le même ménage et qui dépend d'elle pour subvenir à ses besoins pour des raisons de déficiences physiques ou mentales. Les personnes à charge répondent aux critères du crédit canadien pour aidants naturels en vertu de la loi de l'impôt sur le revenu fédéral.

Un enfant pour lequel une pension alimentaire est versée à un autre parent est considéré comme une personne à charge du parent payeur, quel que soit son domicile familial principal.

SECTION 3 – DÉCLARATION DE REVENUS DU MÉNAGE

Cette information est collectée dans le but de déterminer l'éligibilité du client à recevoir des couvertures et à effectuer le calcul de la quote-part du client/famille.

Remarque : À l'exception des personnes à charge tels qu'ils sont définis ci-dessus, le revenu du ménage englobe tous les revenus des membres d'un ménage qui sont liés par la naissance, l'union libre, le mariage ou l'adoption. **Tous les revenus qui composent le revenu du ménage doivent être déclarés. Des pièces justificatives sous la forme d'avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada (ARC) pour l'année d'imposition la plus récente doivent être soumises avec la demande.**

Déclaration de revenus

Nombre de personnes qui vivent dans le ménage et dépendent du revenu de ce dernier : ____

Nombre de personnes contribuant aux revenus du ménage : ____

Membre du ménage n° 1 (Consultez l'avis de cotisation de l'ARC) :	Ligne 15 000	Ligne 43 500
Membre du ménage n° 2 (Consultez l'avis de cotisation de l'ARC) :	Ligne 15 000	Ligne 43 500
Membre du ménage n° 3 (consultez l'avis de cotisation de l'ARC) :	Ligne 15 000	Ligne 43 500
Membre du ménage n° 4 (Consultez l'avis de cotisation de l'ARC) :	Ligne 15 000	Ligne 43 500

SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS SUR LA COUVERTURE D'ASSURANCE

Le client est-il actuellement couvert par un assureur?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Nom de l'assureur :			
Numéro de la police d'assurance :			
Capteurs couverts	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant de la couverture : (\$) _____ % _____	

Le client est-il actuellement couvert par un assureur supplémentaire?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Nom de l'assureur :			
Numéro de la police d'assurance :			
Capteurs couverts	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant de la couverture : (\$) _____ % _____	

SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS SPÉCIALISÉ EN DIABÈTE

Remarque: Les demandes de capteurs doivent être approuvées par le fournisseur de soins de santé habituel du client qui soutient la gestion de son diabète. Cela inclut : le spécialiste du diabète du client, le médecin de famille du client, l'infirmière praticienne du client ou l'éducateur certifié en diabète du client œuvrant dans une clinique diabétique. **La demande du client ne sera pas traitée tant que son fournisseur de soins spécialisé en diabète n'aura pas présenté le formulaire de confirmation d'admissibilité médicale au PPINB.**

Le fournisseur de soins spécialisé en diabète qui présentera le formulaire d'admissibilité médicale			
Nom :			
Numéro de téléphone :			
N° app., n° de voirie et nom de rue	Ville ou village	Province	Code postal

Clinique du diabète fréquentée par le client (le cas échéant)

Emplacement :

SECTION 6 – Déclaration, autorisation et divulgation de renseignements personnels sur la santé

Je comprends ce qui suit :

Les renseignements recueillis directement auprès de moi, sur le présent formulaire, peuvent être divulgués à des partenaires clés aux fins de l'administration du PPINB. Ces partenaires comprennent le Réseau de santé Vitalité, le Réseau de santé Horizon, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, le fournisseur de capteur de surveillance du glucose en continu sélectionné et, le cas échéant, leur sous-traitant approuvé.

Le PPINB informera le fournisseur retenu et, le cas échéant, son sous-traitant approuvé, du montant de la contribution du client ou de la famille qui sera requis pour l'achat des capteurs de glucose. Le PPINB NE divulguera PAS les informations sur les revenus ainsi que sur l'assurance au fournisseur ou à ses sous-traitants. Le fournisseur et son sous-traitant approuvé fourniront au PPINB les renseignements de facturation et d'expédition et signaleront les retours ou l'arrêt des capteurs, ainsi que la mauvaise utilisation des capteurs.

Les demandes (incluant les copies des avis de cotisation de l'ARC et les formulaires de confirmation d'admissibilité médicale) sont stockés dans un système de classement sécurisé dont l'accès est limité aux utilisateurs autorisés du PPINB et sont détruits (déchetés) après le traitement d'une demande de renouvellement ou après un an si un client s'est retiré du programme. De plus, tous les renseignements recueillis sont saisis et conservés dans la base de données sécurisée du PPINB, dont l'accès est limité aux utilisateurs autorisés du PPINB aux fins de l'administration du programme et du ministère de la Santé pour évaluer le programme et déterminer les possibilités d'amélioration.

Le PPINB reçoit le formulaire de confirmation d'admissibilité médicale directement du ou des fournisseurs de soins spécialisés en diabète et, au besoin, le coordonnateur du PPINB accédera aux renseignements contenus dans les systèmes provinciaux d'information sanitaire, y compris, sans toutefois s'y limiter, le Système d'information sur les médicaments du Nouveau-Brunswick, pour vérifier l'admissibilité au PPINB.

Le fournisseur et son ou ses sous-traitants approuvés peuvent offrir une variété de services tels que l'accès à un site Web pris en charge par le fournisseur pour des renseignements personnels sur la santé et le téléchargement et l'analyse continus des données de glycémie. Je comprends que j'utilise ces services ou ressources à mes propres risques et que ceux-ci ne sont pas approuvés, en tout ou en partie, par le gouvernement du Nouveau-Brunswick, le Réseau de santé Vitalité ou le PPINB.

Déclaration et autorisation

En signant le présent formulaire de demande, je confirme ce qui suit :

Je présente une demande en mon nom (ou au nom de la personne à charge) pour devenir client du PPINB, et je fournis des renseignements sur le présent formulaire à cette fin. Je comprends que je peux retirer ma demande ou celle de la personne à charge et annuler l'inscription à tout moment.

Les renseignements fournis sur le présent formulaire sont véridiques autant que je sache. Je comprends que le fait de fournir sciemment des renseignements faux ou incomplets peut entraîner la perte de la couverture en vertu du PPINB. J'accepte d'aviser immédiatement le PPINB de tout changement qui pourrait avoir une incidence sur ma couverture ou celle de la personne à charge.

J'autorise le PPINB à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels et privés ou ceux de la personne à charge comme indiqué ci-dessus aussi longtemps que je, ou la personne à charge, demeure membre du PPINB. Je comprends que je peux mettre un terme à mon consentement en tout temps. Le retrait de mon consentement peut empêcher le PPINB de me fournir une couverture ou d'en offrir une à la personne à charge.

Je comprends que je dois payer le montant de la contribution du client ou de la famille au fournisseur et que si je ne le fais pas, le montant de la contribution du PPINB ne sera pas remis au fournisseur en mon nom.

Je suis conscient que je dois présenter une nouvelle demande chaque année, sinon la couverture de ce programme cessera. Avant de présenter une nouvelle demande, moi-même (et les membres de mon ménage ou de ma famille) devons avoir produit nos déclarations de revenus pour l'année précédente.

J'autorise le PPINB à communiquer avec moi par courriel (NBIPP-PPINB@gnb.ca).

Un parent, un tuteur légal ou un mandataire spécial peut signer au nom du client si celui-ci est :

- **âgé de moins de 16 ans;**
- **âgé entre 16 et 18 ans (inclusivement) et n'est pas en mesure de signer;**
- **une personne à charge âgée de 19 ans ou plus et qui n'est pas en mesure de signer ou de donner l'autorisation légale à une autre personne d'agir en son nom.**

Nom du client (en lettres moulées)

**Signature du client, du parent, du tuteur
ou du mandataire spécial**

Date (JJ/MM/AAAA)

Veillez envoyer des copies des avis de cotisation applicables de l'ARC pour l'année d'imposition la plus récente au PPINB par courriel à NBIPP-PPINB@gnb.ca ou par la poste à l'adresse :

PPINB, Hôpital de Tracadie-Sheila, CP 3180, 400, rue des Hospitalières, Tracadie-Sheila (NB) E1X 1G5.

Une fois votre demande traitée, vous recevrez une notification de votre acceptation au PPINB avec votre copaiement de client ou de famille.

Si vous avez besoin d'aide ou avez des questions concernant le présent formulaire, ou sur la collecte, l'utilisation ou la divulgation de ces renseignements, veuillez communiquer avec le PPINB par téléphone sans frais au 1 855 655-5525 ou par courriel à l'adresse NBIPP-PPINB@gnb.ca, ou consultez le site Web du PPINB [Le Programme de pompes à insuline \(PPI\) du Nouveau-Brunswick \(gnb.ca\)](#)