Programme de prothèses oculaires
Ministère de la Santé - Assurance-maladie
C.P. 5100
Fredericton, N.-B. E3B 5G8
Tél. : 506-457-7268
Courriel : coord.programme.sante@gnb.ca

New Nouveau Brunswick

FORMULAIRE DE DEMANDE DU PROGRAMME DE PROTHÈSES OCULAIRES

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 un résident du Nouveau-Brunswick, décrit comme une personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, domiciliée et résidant habituellement au Nouveau-Brunswick, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.
- Selon l'avis d'un médecin qualifié, j'ai besoin d'une prothèse oculaire classique ou d'un composant. J'ai inclus les pièces justificatives dans la présente réclamation.
- Le montant dont je demande le remboursement n'est pas remboursable dans le cadre d'un autre programme fédéral, provincial ou tiers, ou d'un régime d'assurance privé.
- Je reconnais et comprends que le coût des services admissibles pourra être remboursé jusqu'à 80 %, comme il est indiqué dans l'aperçu du programme.
- Je reconnais et comprends que les coûts engagés à l'extérieur de la province seront admissibles, au cas par cas et avec l'approbation préalable du ministère de la Santé, à un remboursement atteignant le montant maximal prescrit par le ministère de la Santé. Une copie de l'approbation préalable est fournie avec la présente réclamation (le cas échéant).
- Je reconnais et comprends que la réclamation visant des services hors province doit être soumise dans les 12 mois suivant la date du service ou la date de préautorisation de l'admissibilité au remboursement.
- La facture et le reçu originaux d'une clinique approuvée qui indiquent le nom et l'adresse de l'oculariste, la date des services et le nom du médecin traitant (le cas échéant) sont joints à la présente réclamation.
- Je reconnais et comprends que le remboursement du remplacement des prothèses est limité à un remplacement tous les cinq ans pour les adultes, et un remplacement tous les deux ans pour les enfants et adolescents, et ce jusqu'à la fin du mois de leur 19e anniversaire. Cependant, un remplacement précoce peut être approuvé par le ministèrede la Santé s'il est prescrit par un ophtalmologiste ou un médecin de famille et accompagné d'une explication de l'oculariste détaillant les raisons du remplacement précoce.
- Je comprends et j'accepte que ma réclamation soit remboursée sous réserve de la disponibilité des fonds publics.

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

Signature du demandeur : _____ Date: _____

Veuillez faire parvenir le formulaire rempli et la documentation requise à coord.programme.sante@gnb.ca.