

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick
 C.P. 690
 Moncton, NB E1C 8M7

Téléphone : 506-867-4515
 N° sans frais : 1-800-332-3692
 Télécopieur : 506-867-4872
 Télécopieur sans frais : 1-888-455-8322
 Site Web : www.gnb.ca/PMONB

Le Programme de greffe d'organes est un régime provincial d'assurance médicaments qui offre une couverture pour certains médicaments antirejet aux résidents du Nouveau-Brunswick admissibles ayant reçu une greffe d'organe solide ou de moelle osseuse. Les résidents du Nouveau-Brunswick qui ont reçu une greffe d'organe ou de moelle osseuse peuvent faire une demande d'adhésion s'ils :

- possèdent une carte d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick valide; et
- si aucune portion des coûts de leurs médicaments antirejet n'est couverte par un autre régime d'assurance médicaments.

Avant de remplir cette demande

1. Veuillez nous appeler au numéro ci-dessus pour confirmer que vos médicaments sont couverts par le Programme de greffe d'organes **avant** de remplir cette demande.
2. Si vous bénéficiez d'un autre régime d'assurance médicaments, vous devez remplir le formulaire Autre régime d'assurance médicaments et le renvoyer, accompagné de tout document justificatif, avec le présent formulaire de demande d'adhésion dûment rempli.
3. La prime annuelle de 50 \$ doit être reçue avant que la demande ne soit traitée. Les chèques ou les mandats doivent être faits à l'ordre du **Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick**. Les paiements peuvent également être effectués en ligne. Les paiements en argent comptant ne sont pas acceptés.
4. Une fois votre demande complétée, envoyez-la par la poste ou télécopieur, avec tous les documents pertinents, à l'adresse postale ou au numéro de télécopieur ci-dessus.

SECTION 1 - Renseignements sur le demandeur

Nouvelle demande Renouvellement

Langue préférée : Français Anglais

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse : _____

Ville/Village : _____ Province : _____ Code postal : [][][][][][][][][]

N° de téléphone : ([][][]) [][][] - [][][][] Sexe : Homme Femme

N° d'assurance-maladie : [][][][][][][][][][] Date de naissance : [][][] [][][] [][][][][][]
J J M M A A A A

Nom du médicament prescrit : _____

Date de votre greffe : [][][] [][][] [][][][][]
J J M M A A A A

SECTION 2 - Autre régime d'assurance médicaments

Bénéficiez-vous d'un autre régime d'assurance médicaments? Oui Non

Le cas échéant, vous devez remplir le formulaire Autre régime d'assurance médicaments et le renvoyer, accompagné de tout document justificatif, avec le présent formulaire de demande d'adhésion dûment rempli.

SECTION 3 - Déclaration personnelle et autorisation

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

Je présente une demande au **Programme de greffe d'organes** - Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) 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 Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick à recueillir des renseignements auprès de l'Assurance-maladie, du bureau du Programme de prélèvement d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick, et de tiers, afin de vérifier l'information sur ce formulaire et l'admissibilité au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Je consens à informer le Plan de médicaments sur ordonnance 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 Plan ou susceptibles d'être collectés à l'avenir pourront être recueillis, utilisés ou communiqués aux fins d'application des modalités du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

J'autorise le Plan de médicaments sur ordonnance 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 Plan de médicaments sur ordonnance 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 Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick dans l'impossibilité de me fournir la couverture ou les services assurés demandés.

Signature du demandeur : _____ Date de la signature :

J	J	M	M	A	A	A	A

Le nom et la signature d'un parent ou d'un tuteur sont requis si :

- le demandeur est âgé de moins de 16 ans;
- le demandeur est âgé entre 16 et 18 ans (inclusivement) et n'a pas la capacité de signer la déclaration personnelle et l'autorisation;
- le demandeur est âgé 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. Veuillez communiquer avec le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick si vous n'avez pas de procuration.

Nom du parent/tuteur : _____

Signature : _____ Date de la signature :

J	J	M	M	A	A	A	A

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance*, LN-B 1975, c P-15.01, art 2. Ils seront utilisés et divulgués aux fins de l'administration du Plan de médicaments sur ordonnance 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 contactez le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués sur la première page.