

# Programme pour la sclérose en plaques

## Demande d'adhésion

Le Programme pour la sclérose en plaques est un régime provincial d'assurance médicaments qui offre la couverture de certains médicaments pour la sclérose en plaques aux résidents admissibles du Nouveau-Brunswick s'ils :

- possèdent une carte d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick valide; et
- ont une ordonnance rédigée par un neurologue pour un des médicaments admissibles en vertu du Programme pour la sclérose en plaques.

### Avant de remplir cette demande

1. Veuillez nous appeler au numéro ci-dessus pour confirmer que vos médicaments sont couverts par le Programme pour la sclérose en plaques **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 : \_\_\_\_\_

### 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 – Renseignements sur le revenu (famille)

Ces renseignements sont requis pour calculer le montant de votre quote-part. La quote-part représente la part du coût de l'ordonnance que vous payez chaque fois que vous faites exécuter une ordonnance. La quote-part est établie en fonction du revenu discrétionnaire de votre famille. La famille désigne le demandeur, le(la) conjoint(e) du demandeur et les personnes à charge du demandeur et de son(sa) conjoint(e).

Vous devez soumettre des documents à l'appui des renseignements sur les liquidités détenues par chacun des membres de la famille. Liquidités désignent le montant total de l'argent détenu dans les comptes bancaires, ainsi que la juste valeur marchande de l'assurance vie et des investissements financiers. Les liquidités comprennent, sans s'y limiter, les assurances libérées, les actions, les obligations, les certificats de revenu garanti, la distribution du revenu des fonds détenus en fiducie, les comptes d'épargne libres d'impôt, etc. Les fonds détenus en fiducie pour les enfants de la famille, les régimes enregistrés d'épargne-retraite, les régimes enregistrés d'épargne-études et les régimes enregistrés d'épargne-invalidité sont exclus. Seules les liquidités excédant 5 000 \$ pour votre famille seront utilisées dans le calcul de votre quote-part.

### Remplir pour les membres de la famille concernés.

	Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ MM AAAA)	Liquidités (\$)
Demandeur				\$
Conjoint(e)				\$
Personne(s) à charge				\$

Le tableau de cotisation et la feuille de calcul de la quote-part mensuelle utilisés pour déterminer la quote-part sont accessibles sur notre site Web au [www.gnb.ca/PMONB](http://www.gnb.ca/PMONB).

Une copie de l'avis de cotisation ou de nouvelle cotisation le plus récent, ou de tout relevé de preuve de revenu admissible provenant de l'Agence du revenu du Canada de chaque membre de la famille, à l'exception des étudiants à temps plein (trois cours ou plus), doit être incluse. Si vous avez utilisé le formulaire Choix conjoint visant le fractionnement du revenu de pension (formulaire T1032) au moment de remplir votre déclaration de revenus, veuillez en soumettre une copie avec votre demande d'adhésion.

## SECTION 4 - Déclaration personnelle et autorisation

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

Je présente une demande au **Programme pour la sclérose en plaques** - 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 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/santevieprivée](http://www.gnb.ca/santevieprivée), ou contactez le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués sur la première page.