

Régime médicaments du
Nouveau-Brunswick
C.P. 690
Moncton (N.-B.) E1C 8M7

Numéro sans frais : 1-855-540-7325
Télécopieur : 1-888-455-8322
Site Web : www.gnb.ca/regimemedicaments



Vous devez soumettre le présent formulaire avec votre formulaire de demande d'adhésion au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. Il est exigé uniquement pour les personnes qui détiennent une assurance médicaments en vertu d'un régime privé. Les personnes qui sont couvertes par une assurance médicaments dans le cadre d'un programme gouvernemental ne sont pas admissibles au régime.

Un formulaire est requis pour chaque membre de la famille qui est couvert par une assurance médicaments en vertu d'un régime privé et qui présente une demande d'adhésion au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

Avant de présenter une demande d'adhésion, téléphonez au service de renseignements du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-855-540-7325 afin de confirmer que le médicament pour lequel vous souhaitez obtenir une couverture est inscrit sur le formulaire de médicaments du Régime.

Si le médicament en question nécessite une autorisation spéciale en vertu du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, demandez à votre médecin de remplir une demande d'autorisation spéciale que vous joindrez au présent formulaire. Dans le cas des médicaments qui exigent une autorisation spéciale, les demandes de remboursement sont admissibles uniquement si les critères sont respectés.

Dans tous les cas, le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick est un payeur de dernier recours et la coordination avec les autres couvertures d'assurance médicaments n'est pas permise.

Si votre couverture d'assurance médicaments change (p. ex. vous bénéficiez d'une assurance médicaments en vertu d'un nouveau régime), vous devez remplir et soumettre un nouveau formulaire Renseignements complémentaires – Couverture médicaments actuelle ainsi que les documents justificatifs pertinents.

SECTION 1 - Renseignements personnels

Prénom : _____ Nom de famille : _____

N° d'assurance-maladie : _____ Date de naissance : _____
JJ/MM/AAAA

SECTION 2 - Parmi les situations suivantes, laquelle s'applique à vous?

J'ai atteint le maximum admissible pour les médicaments en vertu de mon régime privé.

Date à laquelle le maximum a été atteint : _____
JJ/MM/AAAA

Date de renouvellement du maximum admissible pour les médicaments : _____
JJ/MM/AAAA

Remarque : Vous devez joindre au présent formulaire une lettre de votre régime privé confirmant que vous avez atteint le maximum annuel ou à vie pour les médicaments en vertu de votre régime privé. Les brochures décrivant le régime, l'information générale sur la couverture et les copies d'écran tirées du portail des adhérents de votre régime privé **ne sont pas** acceptées comme preuve.

SECTION 2 - Parmi les situations suivantes, laquelle s'applique à vous? (suite)

- Le médecin m'a prescrit un médicament qui ne figure pas sur le formulaire de mon régime privé pour le trouble de santé (l'indication) visé par l'ordonnance.

Remarques :

- Vous devez joindre au présent formulaire une lettre de votre régime privé confirmant que le médicament qui vous a été prescrit ne figure pas sur le formulaire de votre régime privé pour le trouble de santé (l'indication) visé par l'ordonnance.
- Le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick ne prendra pas en considération les demandes de couverture qui sont présentées en raison du fait que vous ne remplissez pas les critères de remboursement de votre régime privé pour le trouble de santé (l'indication) visé par l'ordonnance.
- Les brochures décrivant le régime, l'information générale sur la couverture et les copies d'écran tirées du portail des adhérents de votre régime privé **ne sont pas** acceptées comme preuve.
- Si vous faites une demande de couverture pour plus d'un médicament qui n'est pas couvert en vertu de votre régime privé, vous devez soumettre une lettre de votre fournisseur de régime privé pour chaque médicament.

Médicament demandé	Dosage	Numéro d'identification du médicament (DIN) [si disponible]



SECTION 3 - Déclaration personnelle

En signant ce formulaire, je confirme avoir épuisé toutes les autres options de couverture d'assurance médicaments qui s'offraient à moi, y compris la couverture offerte par l'entremise d'un processus d'appel ou d'exception dans le cadre de mon régime privé ou d'un programme de soutien pour les patients. Je confirme qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques et je comprends que le fait de transmettre délibérément des renseignements faux ou incomplets constitue une infraction.

Nom du demandeur : _____

X Signez ici -
demandeur :

Date de la
signature : _____ 20 _____
JJ/MM AA

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments sur ordonnance et médicaments onéreux* (LN-B 2014, ch 4, art 12 et art 13). Ils seront utilisés et divulgués aux fins de l'administration du Régime médicaments 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 des renseignements personnels, visitez le site Web www.gnb.ca/santevieprivatee, ou communiquez avec le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués à la page 1 du présent formulaire.