Supplément de revenu garanti
Formulaire de confirmation

Plan de médicaments sur ordonnance
C.P. 690
Moncton N.-B.
E1C 8M7

Nº de téléphone : 506-867-4515
Nº sans frais : 1-800-332-3692
Nº de télécopieur : 506-867-4872
Nº de téléc. sans frais : 1-888-455-8322

Comment remplir ce formulaire

1. Si vous recevez le Supplément de revenu garanti (SRG), remplissez toutes les sections. Veuillez écrire lisiblement. **Les renseignements incomplets peuvent retarder le traitement.** Si vous avez des questions, veuillez nous téléphoner au numéro ci-dessus.
2. Envoyez le formulaire dûment rempli et signé ainsi que le document requis confirmant que vous recevez le SRG (voir les détails plus bas) à l'adresse ou au numéro de télécopieur ci-dessus.
3. Une fois le formulaire traité, vous recevrez une lettre confirmant votre admissibilité. La quote-part de ce programme est de 9,05 $ par ordonnance, jusqu'à un montant maximum de 500 $ par année.

Qui est admissible pour faire une demande?

- Les résidents du Nouveau-Brunswick qui détiennent une carte d'assurance-maladie valide, qui sont âgés de 65 ans ou plus et qui reçoivent le Supplément de revenu garanti fédéral sont admissibles au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB).

Section 1 - Renseignements personnels *(obligatoire)*

Nom du demandeur : _____ Date de naissance : _____
JJ / MM / AAAA

Numéro d'assurance sociale : _____ Numéro d'assurance-maladie : _____

Adresse : _____

_____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

Sexe : ○ M ○ F ○ X Langue préférée : ○ Français ○ Anglais

Avez-vous bénéficié d'une assurance médicaments en vertu d'un autre régime de soins de santé au cours des 12 derniers mois? ○ Oui ○ Non

Si la réponse est « oui », à quelle date cette couverture a-t-elle pris fin ou prendra-t-elle fin?

_____
JJ / MM / AAAA

Section 2 - Document *(obligatoire)*

Veuillez joindre le document suivant à ce formulaire.

☐ Une lettre de Service Canada indiquant le mois durant lequel le SRG a été ajouté à votre pension de la sécurité de la vieillesse. Vous pouvez obtenir cette lettre en téléphonant sans frais au numéro 1-800-277-9915.

SUITE AU VERSO

Section 3 - Consentement à la communication de renseignements sur le Supplément de revenu garanti *(obligatoire)*

Je, soussigné, autorise par la présente le ministère de l'Emploi et du Développement social du Canada à fournir au responsable compétent du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick ou à son agent de mise en oeuvre, des renseignements sur mon admissibilité au Supplément de revenu garanti et, le cas échéant, tout autre renseignement administratif me concernant, qu'ils soient fournis par moi ou par un tiers. Ces renseignements devront être pertinents à la détermination et à la vérification de mon admissibilité aux prestations du Plan de médicaments sur ordonnance du N-B et utilisés à cette fin uniquement. Ils ne seront divulgués à personne d'autre ni à aucune autre organisation sans mon autorisation. Il est entendu que, si je le souhaite, je peux révoquer la présente autorisation à tout moment, en adressant une demande par écrit au Plan de médicaments sur ordonnance du N-B. La présente autorisation est valide pour l'année d'imposition en cours et toutes les années d'imposition subséquentes, durant lesquelles les services assurés pourront être demandés et déterminés en vertu du Plan de médicaments sur ordonnance du N-B.

Nom du demandeur : _____

Signature : _____ Date de la signature : _____
JJ / MM / AAAA

Section 4 - Déclaration personnelle et autorisation *(obligatoire)*

En signant ce formulaire de confirmation, je confirme que :

Je présente une demande au 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 mon numéro d'assurance sociale, ainsi que des renseignements auprès de l'Assurance-maladie et de tiers, afin de vérifier mon 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 éventuel 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, utiliser et 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.

Nom du demandeur : _____

Signature : _____ Date de la signature : _____
JJ / MM / AAAA

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 ordonnnance du Nouveau-Brunswick à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués sur la première page de ce formulaire.