

? Comment nous joindre

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

Numéro sans frais : 1-800-332-3692
Télécopieur : 1-888-455-8322
Site Web : www.gnb.ca/regimemedicaments

1 Confirmation de l'identité

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale : _____

N° d'identification ou numéro d'assurance-maladie : _____

Date de naissance : JJ ___ / MM ___ / AAAA _____ Sexe : M F X

2 Déclaration, autorisation et obligations (obligatoire)

En signant ce formulaire, je confirme que :

J'accepte de divulguer des renseignements personnels en matière de santé au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, 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 ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts. Je comprends que transmettre des renseignements faux ou incomplets constitue une infraction.

J'autorise le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à recueillir des renseignements auprès de l'Assurance-maladie et d'autres sources afin de vérifier l'information sur ce formulaire et l'admissibilité au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

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

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

Nom de la personne à charge (16 ou plus) : _____

Signature de la personne à charge : _____

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

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

- la personne à charge est âgée entre 16 et 18 ans (inclusivement) et n'a pas la capacité de signer la déclaration personnelle et l'autorisation; ou
- la personne à charge est âgée 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.

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 de renseignements personnels, visitez le site Web www.gnb.ca/santevieprivee.