

i Comment remplir ce formulaire

1. Les sections 1 et 4 sont obligatoires.
2. Veuillez remplir les sections 2 et 3 seulement si des changements sont requis.
3. Si vous souhaitez annuler votre inscription ou modifier vos coordonnées, veuillez communiquer avec nous en composant le numéro indiqué ci-dessous.

? 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 : gnb.ca/regimemedicaments

1 Renseignements actuels sur le titulaire de carte principal (obligatoire)

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale : _____

N° d'identification du régime : _____ Date de naissance : JJ ____ / MM ____ / AAAA _____

2 Conjoint(e)

État civil actuel du titulaire de carte principal :

célibataire marié conjoint de fait séparé divorcé veuf

Date d'effet : _____

Renseignements sur le conjoint

Changement demandé : ajout retrait

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale : _____

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

Sexe : M F X

Si vous ajoutez un conjoint, veuillez répondre aux questions suivantes :

Votre conjoint(e) demande-t-il (elle) aussi la couverture? oui non

Est-ce que votre conjoint(e) est actuellement couvert(e) par un régime d'assurance médicaments? oui non

Si la réponse aux deux questions est « oui », remplissez un formulaire Autre régime d'assurance médicaments disponible au www.gnb.ca/regimemedicaments.

Consentement à la communication de renseignements sur l'impôt sur le revenu

Votre prime annuelle et votre quote-part maximum seront calculées en fonction du revenu annuel de votre famille, tel qu'indiqué sur la déclaration de revenus de l'Agence de revenu du Canada (ARC), pour l'année d'imposition la plus récente.

Le consentement du conjoint(e) est obligatoire même s'il (elle) ne demande pas la couverture.

Je consens à la communication de notre revenu familial, tel qu'indiqué sur nos déclarations de revenus de l'ARC pour l'année d'imposition la plus récente.

N° d'assurance sociale : _____

Je, soussigné, autorise par la présente l'Agence du revenu du Canada à fournir au responsable compétent du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick ou à son agent de mise en œuvre, des renseignements sur mes déclarations de revenus, et, le cas échéant, tout autre renseignement confidentiel 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 (notre) admissibilité aux prestations, aux primes et aux subventions du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick et utilisés à cette fin uniquement. Ils ne seront divulgués à personne d'autre ni à aucune autre organisation sans mon (notre) 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 Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. 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 Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

Je ne consens pas à la communication de notre revenu familial, tel qu'indiqué sur nos déclarations de revenus de l'ARC pour l'année d'imposition la plus récente. La prime annuelle maximum et la quote-part maximum par ordonnance nous seront facturées.

Nom du (de la) conjoint(e) : _____

Signature du (de la) conjoint(e) : _____ Date de la signature : JJ ____ / MM ____ / AAAA _____

2 Conjoint(e) (suite)

Déclaration, autorisation et obligations

Je présente une demande d'adhésion 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 la présente demande 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, à utiliser et à 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.

Je comprends que les primes doivent être payées chaque mois afin de bénéficier des services assurés et que si elles ne sont pas payées en entier par le titulaire de carte principal ou moi-même, nous ne bénéficierons pas des services assurés et notre couverture sera suspendue ou annulée.

Je comprends que l'omission de payer les primes ne signifie pas que j'ai annulé ma couverture en vertu du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick et que je dois communiquer avec l'administrateur afin de le faire. Je comprends que des mesures seront prises pour recouvrer toute prime due.

Nom du (de la) conjoint(e) : _____

Signature du (de la) conjoint(e) : _____ Date de la signature : JJ ____ / MM ____ / AAAA ____

3 Personnes à charge admissibles

(Si vous n'avez pas suffisamment de place, veuillez joindre une feuille séparée.)

Personnes à charge admissibles :

- tous les enfants à charge âgés de moins de 19 ans
- toutes les personnes à charge âgées de 19 ans ou plus qui sont admissibles au crédit d'impôt pour personnes handicapées en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu fédérale*, **et** qui étaient admissibles au crédit d'impôt en tant que mineur, **et** qui résident avec le demandeur

	Nom de famille	Prénom	Initiale	N° d'assurance maladie	Date de naissance	Sexe	Handicapée?	Changement demandé
1.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait
2.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait
3.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait
4.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait
5.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait
6.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait

Indiquez les personnes à charge dans l'ordre établi ci-dessus.

	La personne à charge demande-t-elle aussi la couverture?	La personne à charge est-elle actuellement couverte par un régime d'assurance médicaments?
1.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si la réponse aux deux questions est « oui », remplissez un formulaire *Autre régime d'assurance médicaments* disponible au www.gnb.ca/regimemedicaments.

3 Personnes à charge admissibles (suite)

(Si vous n'avez pas suffisamment de place, veuillez joindre une feuille séparée.)

Les personnes à charge âgées de 16 ans ou plus doivent remplir la section ci-dessous :

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.

	Signature de la personne à charge	Date de la signature		
		JJ	MM	AAAA
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

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. Si vous n'avez pas de procuration, veuillez communiquer avec le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

4 Déclaration du titulaire de carte principal (obligatoire)

Les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts. Je comprends que transmettre des renseignements faux ou incomplets constitue une infraction.

Nom du titulaire de carte principal : _____

Signature du titulaire de carte principal : _____ Date de la signature : JJ____ / MM____ / AAAA_____

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.