

SECTION 3 - Déclaration personnelle et autorisation

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

Je présente une demande d'adhésion 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 mon adhésion en tout temps.

À ma connaissance, les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques. Je comprends que la transmission de renseignements faux ou incomplets constitue une infraction.

J'autorise le PMONB à recueillir des renseignements sur moi auprès de l'Assurance-maladie et d'autres sources afin de vérifier l'exactitude des renseignements fournis sur le présent formulaire et de confirmer mon admissibilité au PMONB.

J'autorise 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 œuvre 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.

Je consens à informer le PMONB de tout changement éventuel pouvant entraîner 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 PMONB.

J'autorise le PMONB à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels conformément aux conditions énoncées ci-dessus, aussi longtemps que je bénéficierai de la couverture du PMONB.

Je comprends que je peux révoquer mon consentement en tout temps. Dans certains cas, la révocation de mon consentement peut empêcher le PMONB de me fournir la couverture ou les services assurés demandés.

Signer ici X : _____ Date de la signature :

Numéro d'assurance-maladie :

Autres renseignements

- Envoyez le formulaire dûment rempli et signé ainsi que les documents requis :

Par la poste

Plan de médicaments sur ordonnance
du Nouveau-Brunswick
Case postale 690, Moncton (N.-B.) E1C 8M7

Par télécopieur

Région de Moncton : 506-867-4872
Numéro sans frais : 1-888-455-8322

- Vous recevrez une lettre une fois que nous aurons examiné votre formulaire et confirmé votre admissibilité.
- Si vous avez des questions, veuillez écrire à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca ou téléphoner au 1-800-332-3692.

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 afin d'administrer le PMONB. 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. Davantage de renseignements sur la collecte et l'utilisation des renseignements personnels sont accessibles en ligne au www.gnb.ca/santevieprivee.