

Comment remplir ce formulaire

1. Les sections 1 et 5 doivent être remplies.
2. Les sections 2, 3 et/ou 4 doivent être remplies seulement si des changements sont nécessaires.
3. Pour annuler votre adhésion ou modifier vos coordonnées, envoyez vos changements par courriel ou par télécopieur aux coordonnées ci-dessus ou téléphonez au Service de renseignements du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-855-540-7325.

SECTION 1 – Renseignements sur le titulaire de carte principal (obligatoire)

Prénom : _____ Nom de famille : _____
 N° d'identification du régime : _____ Date de naissance :

J	J	M	M

A	A	A	A

SECTION 2 - Modification des renseignements personnels

Changement de nom du (de la) : Titulaire de carte principal Conjoint Personne à charge

De : Prénom : _____ Nom de famille : _____
 À : Prénom : _____ Nom de famille : _____

Changement de numéro d'assurance-maladie du :

Titulaire de carte principal Nouveau numéro d'assurance-maladie :

Conjoint ou Personne à charge

Prénom : _____ Nom de famille : _____
 Date de naissance :

J	J	M	M

A	A	A	A

 Nouveau numéro d'assurance-maladie :

SECTION 3 – Consentement à la communication des modifications des renseignements sur l'impôt sur le revenu

- Je consens à la communication du revenu de ma famille, comme il figure sur nos déclarations de revenus de l'ARC pour l'année d'imposition la plus récente. Par la présente, j'autorise (nous autorisons) 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 (nos) déclarations de revenus, et, le cas échéant, d'autres renseignements confidentiels sur moi (nous), qu'ils soient fournis par moi (nous) ou par un tiers. Ces renseignements s'appliqueront à la détermination et à la vérification de mon (notre) admissibilité aux services assurés, aux primes et aux subventions du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick et seront utilisés à ces fins uniquement. Ils ne seront divulgués à personne d'autre ni à aucune autre organisation sans mon (notre) autorisation. Je comprends (nous comprenons) que je peux (nous pouvons) 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.

Numéro d'assurance sociale du titulaire de carte principal :

Numéro d'assurance sociale du conjoint :

- Je ne consens **pas** à la communication du revenu de ma famille, comme il figure sur nos déclarations de revenus de l'ARC pour l'année d'imposition la plus récente. Par conséquent, la prime annuelle maximum et la quote-part maximum par ordonnance nous seront facturées.

Signature du titulaire de carte principal : _____ Date de la signature :

J	J	M	M

A	A	A	A

Signature du conjoint : _____ Date de la signature :

J	J	M	M

A	A	A	A

SECTION 4 - Modification des renseignements de paiement

Vos primes mensuelles seront prélevées automatiquement sur votre compte bancaire. Veuillez remplir l'autorisation de prélèvement automatique ci-dessous :

Date d'effet du changement :

J	J	

M	M	

A	A	A	A

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

Par la présente, j'autorise le responsable, représentant ou agent compétent du ministère de la Santé ou du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick ainsi que l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière ultérieurement désignée par moi) à effectuer, conformément à mes instructions, des prélèvements périodiques ou ponctuels sur mon compte bancaire pour payer mes primes d'assurance. Le montant total des services rendus sera prélevé mensuellement sur le compte que j'ai désigné, le premier jour ouvrable de chaque mois. Le responsable, représentant ou agent compétent du ministère de la Santé ou du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick ne donnera pas de préavis, mais fournira un relevé des primes qui fera état du montant de chaque prélèvement régulier. Le responsable, représentant ou agent compétent du ministère de la Santé ou du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick devra obtenir mon autorisation avant d'effectuer tout autre prélèvement unique ou occasionnel. Le responsable, représentant ou agent compétent du ministère de la Santé ou du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick devra être informé par écrit de toute modification des renseignements bancaires.

La présente autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que le responsable, représentant ou agent compétent du ministère de la Santé ou du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick reçoive un avis de modification ou d'annulation écrit de ma part. Cet avis devra être reçu par le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick au moins dix (10) jours ouvrables avant le prochain prélèvement. Je peux obtenir un exemplaire de formulaire d'annulation, ou de plus amples renseignements sur mes droits de révocation de l'autorisation de prélèvement automatique, auprès de mon institution financière ou sur le site www.paiements.ca.

J'ai certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à cette autorisation. J'ai droit, par exemple, au remboursement de tout prélèvement automatique effectué sur mon compte sans mon autorisation ou d'une façon non conforme à la présente autorisation de prélèvement automatique. Je peux obtenir un exemplaire de formulaire de remboursement, ou de plus amples renseignements sur mes droits de recours, auprès de mon institution financière ou sur le site www.paiements.ca.

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES : veuillez joindre **un chèque portant la mention « annulé » ou un formulaire d'autorisation de prélèvement automatique/dépôt direct de votre institution financière**, et signer ci-dessous.

Signature du titulaire du compte bancaire : _____ Date de la signature :

J	J	

M	M	

A	A	A	A

Si les primes sont payées par une autre personne que le titulaire de carte principal ou son conjoint, cette personne doit joindre **un chèque portant la mention « annulé » ou un formulaire d'autorisation de prélèvement automatique/dépôt direct de son institution financière** et remplir les renseignements ci-dessous :

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse : _____

Ville/Village : _____ Province : _____ Code postal :

N° de téléphone : (

)

 -

Signature du titulaire du compte bancaire : _____ Date de la signature :

J	J	

M	M	

A	A	A	A

SECTION 5 - Déclaration personnelle du titulaire de carte principal (obligatoire)

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

Signature du titulaire de carte principal : _____ Date de la signature :

J	J	

M	M	

A	A	A	A

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/santevieprivee, 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.