

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

N° sans frais : 1-800-332-3692  
N° de télécopieur : 506-867-4872  
N° de télécopieur sans frais : 1-888-455-8322  
Site Web : [www.gnb.ca/regimemedicaments](http://www.gnb.ca/regimemedicaments)

### 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 courrier ou par télécopieur aux coordonnées ci-dessus ou téléphonez au Service de renseignements du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3692.

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

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

No 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 4 - Modification des renseignements de paiement

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

Je, soussigné(e) (Nous, soussignés), autorise (autorisons) le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, ainsi que l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais [nous pourrions] autoriser) à commencer, conformément à mes (nos) instructions, des prélèvements périodiques pour le paiement de primes d'assurance et de tous autres frais connexes, chacun étant engagé à des fins personnelles. Le montant total sera prélevé mensuellement sur le compte désigné (ou tout autre compte désigné), le premier jour ouvrable de chaque mois. J'accepte (Nous acceptons) d'informer rapidement par écrit le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à l'adresse ci-dessus, de tout changement aux renseignements sur le compte bancaire fournis. Je reconnais (nous reconnaissons) que cette autorisation de prélèvement automatique demeurera en vigueur et aura plein effet avec les détails à jour sur le compte bancaire. Je confirme (Nous confirmons) que j'ai (nous avons) le pouvoir en vertu des modalités de la convention de compte auprès de mon (notre) institution financière d'autoriser les prélèvements dans le cadre de la présente autorisation et que toutes les personnes dont la signature est requise à l'égard du compte bancaire ont signé ou autrement autorisé la présente autorisation.

Le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick devra obtenir mon (notre) autorisation avant d'effectuer tout autre prélèvement occasionnel. Croix Bleue Medavie est un tiers qui administre l'autorisation de prélèvement automatique pour les montants que je dois (nous devons) au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

La présente autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick reçoive un avis de modification ou d'annulation écrit de ma (notre) part. Cet avis devra être reçu par le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick au moins dix (10) jours civils avant le prochain prélèvement.

Je peux (Nous pouvons) obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus de renseignements sur mon (notre) droit d'annuler l'autorisation de prélèvement automatique auprès de mon (notre) institution financière ou en visitant le [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca). Je comprends (Nous comprenons) que la présente autorisation ne s'applique qu'au mode de paiement de mes (nos) primes d'assurance et des frais connexes, et que sa révocation ne met pas fin ni n'annule, ne réduit ou ne touche de quelque façon que ce soit mes (nos) obligations envers le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. Je reconnais (Nous reconnaissons) que je devrai (nous devrons) prendre d'autres dispositions de paiement acceptables par le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick si je révoque (nous révoquons) l'autorisation de prélèvement automatique, mais que je continue (nous continuons) d'avoir des montants dus au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. Le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick peut également annuler cette autorisation en me (nous) remettant un préavis d'au moins cinq (5) jours civils, conformément aux règles établies par Paiements Canada.

J'ai (Nous avons) certains droits de recours dans le cas où un prélèvement ne soit pas conforme à la présente autorisation. Par exemple, j'ai (nous avons) le droit de recevoir un remboursement pour un prélèvement automatique non autorisé ou non conforme à la présente autorisation. Pour obtenir plus de renseignements sur mes (nos) droits de recours, je peux (nous pouvons) communiquer avec mon (notre) institution financière ou visiter le [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

Je renonce (nous renonçons) à mon (notre) droit de recevoir un préavis du montant de tout prélèvement automatique, et je conviens (nous convenons) que je n'ai pas (nous n'avons pas) besoin d'être informé(e)s à l'avance du montant du prélèvement avant qu'il soit effectué. J'accepte (Nous acceptons) également qu'une confirmation me (nous) soit fournie dans les cinq (5) jours civils suivant le premier prélèvement automatique.

**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.

Signez ici X : \_\_\_\_\_ Date de la signature : 

J	J	M	M	A	A	A	A

Titulaire du compte bancaire

Signez ici X : \_\_\_\_\_ Date de la signature : 

J	J	M	M	A	A	A	A

Autre titulaire du compte bancaire (s'il s'agit d'un compte bancaire conjoint)

## SECTION 4 - Modification des renseignements de paiement (suite)

Si les primes sont payées par une autre personne que le ou la titulaire de carte principal(e) ou son(sa) conjoint(e), cette personne doit joindre un chèque portant la mention « annulé » ou un formulaire d'autorisation de prélèvement automatique/dépôt direct de son institution financière, lire les modalités de l'autorisation de prélèvement automatique ci-dessus et remplir les renseignements ci-dessous pour attester qu'elle accepte ces modalités.

En fournissant un chèque portant la mention « annulé » ou un formulaire d'autorisation de prélèvement automatique/dépôt direct, en remplissant les renseignements demandés et en signant ci-dessous, la personne soussignée accepte les modalités de l'autorisation de prélèvement automatique.

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville/Village : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal :

N° de téléphone :     -     -

**Signez ici X :** \_\_\_\_\_  
Titulaire du compte bancaire

Date de la signature :

**Signez ici X :** \_\_\_\_\_  
Autre titulaire du compte bancaire (s'il s'agit d'un compte bancaire conjoint)

Date de la signature :

## 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 :

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 [www.gnb.ca/santevieprivée](http://www.gnb.ca/santevieprivée).