

Health and Community Services  
Prescription Drug Program  
P.O. Box 690  
Moncton, New Brunswick  
Canada E1C 8M7 (506) 867-4515  
Fax: 1-888-455-8322

Santé et Services communautaires  
Programme de médicaments sur ordonnance  
C.P. 690  
Moncton (Nouveau-Brunswick)  
Canada E1C 8M7 (506) 867-4515  
Télécopieur : 1 888 455-8322

### Les renseignements suivants doivent être fournis pour toute demande de couverture en vertu du programme de sclérose en plaques du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Nom du demandeur : _____		Date de naissance : _____ / _____ / _____		
		Jour	Mois	Année
Adresse : _____				
Code postal : _____		Langue de préférence : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		
État civil : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire				
Numéro de téléphone : (domicile) _____ (travail) _____				
N° d'assurance-maladie : _____		N° d'assurance sociale : _____		
Avez-vous une assurance-médicaments de la Division de la famille et des services communautaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Dans l'affirmative, veuillez fournir votre numéro d'identification : _____				
Êtes-vous actuellement couvert par un programme ou régime d'assurance-médicaments ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

#### RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU

Pour déterminer votre admissibilité au programme, vous devez indiquer les renseignements sur le revenu figurant aux lignes 150 et 435 de la déclaration d'impôt la plus récente pour tous les membres de votre unité familiale\*.

Pour assurer le traitement de votre demande, vous devez inclure une copie de l'Avis de cotisation ou de l'Avis de nouvelle cotisation des impôts sur le revenu ou une vérification acceptable du revenu effectuée par Revenu Canada pour chaque personne. Les travailleurs autonomes devront fournir le plus récent Avis de cotisation des trois dernières années. Dans ce cas, le revenu sera calculé en effectuant la moyenne des années rapportées.

#### Unité familiale\* :

Nom de famille, prénom	Date de naissance	Numéro d'assurance-maladie	Travailleur autonome ? (Oui/Non)	Revenu brut (Ligne 150)	Total payable (Ligne 435)	Travaillez-vous à l'heure actuelle ? (Oui/Non)	Actif liquide* (\$)

**Déclaration sur l'exactitude des renseignements.**

J'atteste que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts et véridiques.

**Autorisation de divulguer les renseignements.**

J'autorise les responsables du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick à utiliser mon numéro d'assurance sociale en vue de valider, auprès de Revenu Canada, les renseignements de l'Avis de cotisation de Revenu Canada pour fins de vérification.

Je comprends et j'approuve la déclaration sur l'exactitude des renseignements ci-dessus, et j'appuie l'autorisation de divulguer les renseignements, comme en témoigne ma signature ci-dessous.

Signature du demandeur (ou marquez un X) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature d'un témoin si l'on signe d'un X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**NOTA :**

1. Annexe une copie de l'Avis de cotisation ou de l'Avis de nouvelle cotisation, ou une vérification acceptable du revenu effectuée par Revenu Canada pour chaque personne admissible de l'unité familiale.
2. Si vous n'avez pas la plus récente copie de l'Avis de cotisation ou de l'Avis de nouvelle cotisation, vous allez devoir obtenir une vérification récente du revenu auprès de Revenu Canada en composant le 1 800 959-8281.
3. Assurez-vous que la demande est signée, datée et, au besoin, signée par un témoin.
4. Veuillez répondre à toutes les questions au complet. Tous les renseignements doivent être exacts et les renseignements provenant de Revenu Canada doivent être annexés au formulaire. Les demandes incomplètes ou inexacts ne seront pas traitées et elles vous seront retournées.
5. Postez cette demande et les documents requis dans l'enveloppe affranchie ci-jointe.
6. Vous recevrez une lettre confirmant le résultat de votre demande. Veuillez prévoir un délai de trois jours ouvrables après réception de votre demande pour le traitement de celle-ci.
7. Si vous êtes admissible aux prestations, votre couverture entre en vigueur à la date indiquée sur votre carte.
8. **IMPORTANT** – Veuillez conserver la grille des quotes-parts pour consultation ultérieure.
9. Si vous avez des questions au sujet du processus de demande, composez le numéro sans frais (1 800 332-3692) et demandez le poste 4664.

**Postez à :**

**Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick  
C.P. 690, Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8M7  
Pour obtenir de l'aide, composez sans frais le 1 800 332-3692.**

**\* DÉFINITIONS**

**Unité familiale :** Désigne la personne évaluée aux fins d'admissibilité et le (la) conjoint(e) de la personne ainsi que les personnes à charge de la personne et de son (sa) conjoint(e).

**Actif liquide :** Désigne l'argent comptant dans un compte de banque, la juste valeur marchande de l'assurance-vie, la juste valeur marchande des investissements financiers et la juste valeur marchande des autres investissements financiers. L'actif liquide comprend, sans s'y limiter, l'assurance libérée, les actions, les obligations, les certificats de placement garanti et la répartition des revenus de fonds en fiducie. L'actif liquide qui est exempté du calcul comprend les fonds en fiducie pour les enfants de l'unité familiale, les régimes enregistrés d'épargne-retraite et les régimes enregistrés d'épargne-études.

Veuillez noter : Nous tiendrons compte uniquement de l'actif liquide dépassant 5 000 \$ pour votre unité familiale afin de calculer la quote-part.