Programme de greffe d'organes
Demande d'adhésion

Plan de médicaments sur ordonnance
C.P. 690
Moncton (N.-B.) E1C 8M7

Téléphone : 506-867-4515
Numéro sans frais : 1-800-332-3692
Télécopieur : 506-867-4872
Télécopieur sans frais : 1-888-455-8322

Veuillez indiquer si vous avez eu votre greffe :
☐ Oui ☐ Non

Ce que vous devez savoir avant de remplir cette demande

1. Avant de remplir cette demande, veuillez nous appeler au numéro ci-dessus pour confirmer que vos médicaments anti-rejet pour la greffe d'organes sont couverts par le Programme de greffe d'organes.
2. Si vous demandez la couverture et que vous êtes déjà couvert par un régime qui ne couvre pas les médicaments anti-rejet, une lettre de votre assureur est requise. La lettre doit accompagner la présente demande d'adhésion et confirmer que votre régime d'assurance ne couvre pas les médicaments pour la greffe d'organes.
3. Veuillez joindre un paiement de 50 $ pour les frais d'inscription. Adressez le chèque au **Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick**.
4. Une fois votre demande complétée, envoyez-la par la poste ou télécopieur, avec tous les documents pertinents, à l'adresse postale ou au numéro de télécopieur ci-dessus.

Renseignements personnels

Nom du demandeur : _____ Date de naissance : JJ / MM / AAAA

Nom du parent ou du tuteur légal
(si le demandeur est âgé de moins de 16 ans) : _____

Adresse : _____

_____ Code postal : _____

N° de téléphone : _____ N° d'assurance-maladie : _____

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Langue préférée : ☐ Français ☐ Anglais

Veuillez répondre par **Oui** ou **Non** aux questions suivantes :

	Oui	Non
1. Êtes-vous actuellement couvert par un régime d'assurance privé ou fédéral?	☐	☐
Si la réponse est oui, ce régime couvre-t-il une partie du coût des médicaments anti-rejet?	☐	☐

Si votre régime ne couvre aucune portion du coût des médicaments anti-rejet, une lettre de votre assureur confirmant ceci doit accompagner cette demande.

2. Êtes-vous couvert par un régime d'assurance provincial (p. ex., Développement social, Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, Régime médicaments du Nouveau-Brunswick)?	☐	☐

Numéro d'ID : _____

Si la réponse est oui, veuillez appeler le numéro ci-dessus pour obtenir des directives et donnez votre numéro d'identification.

Déclaration personnelle et autorisation

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

Je présente une demande au **Programme de greffe d'organes** - 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 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 Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick à recueillir des renseignements auprès de l'Assurance-maladie, du bureau du Programme de prélèvement d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick, et de tiers, afin de vérifier l'information sur ce formulaire et l'admissibilité au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Je consens à informer le Plan de médicaments sur ordonnance 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 Plan ou susceptibles d'être collectés à l'avenir pourront être recueillis, utilisés ou communiqués aux fins d'application des modalités du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

J'autorise le Plan de médicaments sur ordonnance 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 Plan de médicaments sur ordonnance 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 Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick dans l'impossibilité de me fournir la couverture ou les services assurés demandés.

Nom du demandeur : _____ Date : JJ / MM / AAAA

Signature du demandeur : _____

Le nom et la signature d'un parent ou d'un tuteur sont requis si :

- le demandeur est âgé de moins de 16 ans;
- le demandeur est âgé entre 16 et 18 ans (inclusivement) et n'a pas la capacité de signer la déclaration personnelle et l'autorisation;
- le demandeur est âgé 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. Veuillez communiquez avec le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick si vous n'avez pas de procuration.

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 aux fins de l'administration du Plan de médicaments sur ordonnance 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, ou contactez le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués sur la première page.