

SECTION 4 - Raison pour la demande d'adhésion

- Mon régime d'assurance privé exige que je fasse une demande d'adhésion aux Régimes de médicaments du N.-B. avant d'accepter de me fournir la couverture.**

Les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick sont des **payeurs de derniers recours, ce qui signifie que vous devez explorer et utiliser toutes les autres options d'assurance médicaments à votre disposition avant de faire une demande.** La coordination avec les autres couvertures d'assurance médicaments n'est pas permise.

- Le médecin m'a prescrit un médicament qui ne figure pas sur la liste de mon régime privé pour le trouble de santé (l'indication) visé par l'ordonnance.**

Les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick ne prendront pas en considération les demandes de couverture qui sont présentées en raison du fait que vous ne remplissez pas les critères de remboursement de votre régime privé pour le trouble de santé (l'indication) visé par l'ordonnance.

Vous devez joindre une lettre de votre régime privé confirmant que chaque médicament qui vous a été prescrit ne figure pas sur la liste de votre régime privé pour le trouble de santé (l'indication) visé par l'ordonnance. Cette lettre doit indiquer qu'une demande de couverture exceptionnelle ou une demande d'appel a été refusée. Les brochures décrivant le régime, l'information générale sur la couverture et les copies d'écran tirées du portail des adhérents de votre régime privé **ne sont pas** acceptées comme preuve.

- J'ai atteint le maximum couvert par mon régime d'assurance médicaments privé**

Date à laquelle le maximum a été atteint :

<input type="text"/>					
J	J	M	M	A	A A A A

Date de renouvellement du maximum admissible pour les médicaments :

<input type="text"/>					
J	J	M	M	A	A A A A

Vous devez joindre une lettre de votre régime privé confirmant que vous avez atteint le maximum annuel ou à vie de la couverture d'assurance médicaments de votre régime privé. Les brochures décrivant le régime, l'information générale sur la couverture et les copies d'écran tirées du portail des adhérents de votre régime privé **ne sont pas** acceptées comme preuve.

SECTION 5 - Déclaration personnelle

En signant ce formulaire, je confirme :

que j'ai utilisé toutes les autres options de couverture des médicaments qui s'offraient à moi, y compris la couverture dans le cadre d'un compte gestion-santé, d'une procédure d'appel ou d'exception en vertu de mon régime privé ou d'un programme d'aide pour les patients du fabricant de médicaments;

qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques et je comprends que le fait de transmettre délibérément des renseignements faux ou incomplets constitue une infraction.

Nom du demandeur : _____

Signature du demandeur :

Date de la signature:

<input type="text"/>					
J	J	M	M	A	A A A A

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments sur ordonnance et médicaments onéreux* et de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance*. Ils seront utilisés et divulgués aux fins de l'administration des Régimes de 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/santevieprivate, ou communiquez avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués à la page 1 du présent formulaire.