

FORMULAIRE DE DEMANDE ET DE CONSENTEMENT DU PROGRAMME DE PAIEMENT PAR MENSUALITÉS DE LA FRANCHISE DU RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Le **Programme de paiement par mensualités de la franchise du Régime d'assurance-médicaments** (appelé le « programme de paiement »), créé par Santé Manitoba, permet aux particuliers et aux familles admissibles de la province qui sont inscrits au Régime d'assurance-médicaments du Manitoba et ont des dépenses mensuelles élevées pour l'achat de médicaments sur ordonnance par rapport à leur revenu mensuel familial moyen ajusté de payer leur franchise annuelle sous forme de versements mensuels par l'intermédiaire de Manitoba Hydro.

L'admissibilité d'une personne sera déterminée en fonction des dépenses mensuelles totales que cette personne, son conjoint ou sa conjointe et ses personnes à charge, le cas échéant, s'attendent à devoir engager pour acheter des médicaments sur ordonnance (couverts par le Régime d'assurance-médicaments du Manitoba) au cours de l'année de prestation (qui va du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de l'année suivante) dans laquelle la personne fait une demande de participation au programme de paiement.

Pour plus de renseignements, consultez le *Guide du Programme de paiement par mensualités de la franchise du Régime d'assurance-médicaments*.

Admissibilité :

Pour être admissibles au programme, les particuliers et les familles doivent :

- participer au Régime d'assurance-médicaments;
- faire, sur une période de 30 jours, pour acheter des médicaments couverts par le Régime d'assurance-médicaments, des dépenses admissibles d'un montant égal ou supérieur à 20 pour cent de leur revenu mensuel familial moyen ajusté;
- avoir atteint ou dépassé leur limite, à la date où ils font la demande, pour ce qui est des médicaments sur ordonnance couverts par un autre régime d'assurance ou de prestations*; et
- autoriser Manitoba Hydro à prélever chaque mois une somme sur leur compte en banque ou à la caisse populaire afin de payer leur franchise annuelle du Régime d'assurance-médicaments par versements mensuels, en même temps que leur facture de Manitoba Hydro.

* *Un autre type d'assurance-santé ou d'assurance-médicaments qui rembourse une partie ou la totalité du coût des médicaments sur ordonnance que vous achetez. La participation au programme de paiement pourrait compliquer les choses ou ralentir le versement des prestations prévues par ces autres régimes. Vous pouvez avoir le droit de refaire une demande de participation au programme de paiement lorsque vous aurez épuisé toutes les autres prestations.*

Êtes-vous inscrit(e) actuellement au Régime d'assurance-médicaments du Manitoba? Oui Non
(Cochez ✓ Oui ou Non)

- Si vous avez coché ✓ **Non**, vous devez remplir le formulaire de demande du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba, que vous pouvez trouver dans les pharmacies du Manitoba ou en ligne, à l'adresse suivante : <http://www.gov.mb.ca/health/pharmacare/pharmform.fr.pdf>
- Le programme de paiement décidera si vous êtes admissible lorsque Santé Manitoba aura reçu et traité votre formulaire de demande du Régime d'assurance-médicaments.

Êtes-vous inscrit(e) actuellement au programme de paiement? (Cochez ✓ Oui ou Non) Oui Non

- Si vous avez coché ✓ **Non**, veuillez remplir toutes les parties du présent formulaire de demande et de consentement, sauf la partie E.
- Si vous avez coché ✓ **Oui**, veuillez remplir toutes les parties du présent formulaire de demande et de consentement, sauf la partie H.

PARTIE A : DEMANDE DE PARTICIPATION AU PROGRAMME DE PAIEMENT. ÉCRIVEZ LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES. NE REMPLISSEZ QU'UN FORMULAIRE DE DEMANDE ET DE CONSENTEMENT PAR FAMILLE.

Renseignements sur le demandeur :	Numéro d'immatriculation de Santé Manitoba :	Numéro d'identification personnel (N.I.P.) :	Encerclez un seul choix : Marié(e) Conjoint(e) de fait Célibataire Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{elle} <input type="checkbox"/>			
Nom de famille		Prénom	Deuxième prénom ou initiale
Adresse domiciliaire actuelle		Ville	Code postal
Adresse postale actuelle ou <input type="checkbox"/> cochez la case si c'est la même que ci-dessus (204)		Ville (204)	Code postal
Numéro de téléphone au domicile		Autre numéro de téléphone	
Renseignements sur le conjoint ou la conjointe :	Numéro d'immatriculation de Santé Manitoba :	Numéro d'identification personnel (N.I.P.) :	
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{elle} <input type="checkbox"/>			
Nom de famille		Prénom	Deuxième prénom ou initiale
<p>Confidentialité :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nous recueillons les renseignements personnels et médicaux vous concernant pour pouvoir traiter votre demande de participation au programme de paiement et pour l'administration et l'application du programme. Santé Manitoba utilisera aussi ces renseignements personnels et médicaux afin d'évaluer et de surveiller le programme de paiement, et à des fins de recherche et de planification connexes. L'alinéa 36(1b) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et le paragraphe 13(1) de la Loi sur les renseignements médicaux personnels autorisent Santé Manitoba à recueillir des renseignements à votre sujet pour les fins citées. Vos renseignements personnels et médicaux sont protégés par les deux Lois ci-dessus. Santé Manitoba ne peut les utiliser ou les communiquer qu'avec votre permission, ou si les Lois en question l'autorisent à le faire. Si vous avez des questions à poser sur vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur ou la coordonnatrice de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée du ministère de la Santé du Manitoba, au (204) 786-7237, à Winnipeg, ou, sans frais, au 1-800-392-1207. 			

PARTIE B : PROCURATION

- La personne qui signe cette demande le fait-elle par procuration, au nom du demandeur et (ou) de son conjoint ou de sa conjointe, le cas échéant? (Cochez Oui Non)
- Si vous avez coché Oui ci-dessus, avez-vous le droit de signer cette demande au nom du demandeur et(ou) de son conjoint ou de sa conjointe, le cas échéant? (Cochez Oui Non)
- Si les deux Oui sont cochés , une copie conforme de la procuration doit être jointe à cette demande remplie.

PARTIE C : AUTRE RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS OU DE PRESTATIONS POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS, CONSULTEZ LE GUIDE.

- Est-ce qu'un autre régime d'assurance-médicaments ou de prestations couvre une partie des coûts de vos médicaments sur ordonnance? (Cochez Oui Non)
- Si vous avez coché Oui ci-dessus, avez-vous atteint ou dépassé le maximum des prestations offertes par cet autre régime pour les médicaments sur ordonnance? (Cochez Oui Non)

PARTIE D : POSSIBILITÉS DE PAIEMENT (NE COCHEZ ✓ QU'UN SEUL DES DEUX CHOIX) POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS SUR CES POSSIBILITÉS DE PAIEMENT, CONSULTEZ LE GUIDE OU COMMUNIQUEZ AVEC LE BUREAU DU PROGRAMME DE PAIEMENT, AU 945-1733, À WINNIPEG, OU, SANS FRAIS, AU 1 888 519-3492, AFIN QU'ON VOUS AIDE À CHOISIR LE MEILLEUR SYSTÈME POUR VOTRE SITUATION.

Année en cours : cette possibilité est la meilleure pour les personnes qui présentent leur demande de participation au programme de paiement entre le 1^{er} avril et le 30 septembre.

Paiement combiné : cette possibilité est la meilleure pour les personnes qui présentent leur demande de participation au programme de paiement entre le 1^{er} octobre et le 31 mars.

PARTIE E : À REMPLIR PAR LES DEMANDEURS QUI RENOUVELLENT LEUR PARTICIPATION AU PROGRAMME DE PAIEMENT

- Pensez-vous que vos dépenses totales admissibles pour acheter des médicaments sur ordonnance couverts pendant l'année de prestation du Régime d'assurance-médicaments en cours seront semblables à celles de l'an dernier? (Cochez ✓ Oui ou Non) Oui Non
- Pendant l'année de prestation du Régime d'assurance-médicaments en cours, pensez-vous que les dépenses que vous engagerez pour acheter des médicaments sur ordonnance admissibles (couverts) vous feront atteindre ou dépasser votre franchise annuelle du Régime d'assurance-médicaments? (Cochez ✓ Oui ou Non) Oui Non

PARTIE F : VOS RESPONSABILITÉS ET VOS OBLIGATIONS

Vous avez la responsabilité de bien comprendre toutes les conditions du programme de paiement. Ces conditions sont expliquées à l'heure actuelle dans le guide et dans le présent formulaire de demande et de consentement. À l'avenir, on pourra ajouter d'autres modalités au programme de paiement par l'entremise de modifications au Règlement sur le paiement de prestations pour les médicaments sur ordonnance (60/96), qui est un règlement de la *Loi sur l'aide à l'achat de médicaments sur ordonnance* (c. P115 de la C.P.L.M.). En remplissant le présent formulaire de demande et de consentement, vous et votre conjointe ou conjoint, le cas échéant, acceptez le fait que vous pouvez être rayés immédiatement du programme de paiement si vous omettez :

- de fournir des renseignements complets et véridiques sur le présent formulaire;
- d'avertir tout de suite le programme de paiement - en composant le 945-1733 à Winnipeg, ou le numéro sans frais 1-888-519-3492 - de tout changement d'adresse personnelle ou postale, ou de numéro de téléphone, ou de toute modification des modalités de votre régime d'assurance ou de prestations pour soins médicaux et médicaments;
- d'avertir tout de suite le Régime d'assurance-médicaments de tout changement dans votre situation financière ou votre situation de famille;
- d'avertir tout de suite Manitoba Hydro de tout changement dans vos renseignements bancaires; ou
- de garder des fonds en quantité suffisante dans votre compte en banque ou à la caisse populaire pour que Manitoba Hydro puisse faire les prélèvements autorisés.

Vous et votre conjointe ou conjoint, le cas échéant, comprenez également que, si vous êtes rayés du programme de paiement, il vous faudra dépenser une somme égale au solde de votre franchise annuelle du Régime d'assurance-médicaments pour acheter des médicaments sur ordonnance admissibles pour les membres de votre famille. Avant d'avoir payé ce montant total, vous, votre conjoint ou conjointe ou vos personnes à charge, le cas échéant, ne pourrez plus recevoir de prestations du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba (sous forme de remboursement des médicaments couverts par le Régime d'assurance-médicaments). Si vous ne dépensez pas ce montant, c'est-à-dire l'équivalent du solde de la franchise, pour acheter des médicaments sur ordonnance admissibles pour les membres de votre famille pendant l'année de prestation au cours de laquelle vous participiez au programme de paiement, vous devrez dépenser le montant en question pendant l'année de prestation suivante. **Important :** ce solde impayé sera ajouté à la franchise annuelle du Régime d'assurance-médicaments calculée pour l'année de prestation suivante et les années qui suivront avant que vous et votre famille puissiez recevoir des prestations du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba.

Il est également important que vous compreniez et que vous remplissiez vos obligations à l'égard du programme de paiement. Les montants mensuels dus au programme **et** les montants figurant sur votre facture de services énergétiques de Manitoba Hydro doivent être réglés **intégralement** chaque mois à Manitoba Hydro. Si vous omettez de verser la totalité de deux (2) versements consécutifs, on considérera que vous et votre famille n'êtes plus admissibles au programme de paiement et vous serez rayés du programme.

IMPORTANT

Si votre compte de Manitoba Hydro pour les services énergétiques n'est pas à jour, vous devez vous mettre en rapport avec le service des comptes de Manitoba Hydro, en composant le 480-5900, à Winnipeg, ou, sans frais, le 1-888-MBHYDRO (624-9376) avant de remplir et de présenter votre formulaire de demande et de consentement. Le premier prélèvement automatique sur votre compte en banque ou à la caisse populaire comprendra tous les arriérés dus à Manitoba Hydro, le premier versement mensuel de la franchise du Régime d'assurance-médicaments et le montant mensuel ordinaire représentant votre consommation d'énergie.

Si vous avez des questions à poser au sujet des modalités du programme de paiement ou de vos obligations à l'égard de celui-ci, veuillez vous mettre en rapport avec le personnel du Programme de paiement par mensualités de la franchise du Régime d'assurance-médicaments, **au 945-1733, à Winnipeg, ou, sans frais, au 1-888-519-3492 avant** de remplir et de présenter votre formulaire de demande et de consentement.

PARTIE G : CONSENTEMENT ET DÉCLARATION

Consentement relatif à la communication de renseignements

1. Je consens (nous consentons) à ce que Santé Manitoba - et notamment le Programme de paiement par mensualités de la franchise du Régime d'assurance-médicaments et les programmes provinciaux d'assurance-médicaments - et Manitoba Hydro se communiquent entre eux les renseignements personnels, médicaux, financiers et autres données me (nous) concernant qui sont nécessaires pour le traitement de ma (notre) demande de participation au programme de paiement, ainsi que pour l'administration et l'application de ce programme.
2. Je consens (nous consentons) à ce que Santé Manitoba communique à des compagnies ou régimes d'assurance-médicaments publics ou privés, et obtienne de ces compagnies ou régimes les renseignements personnels, médicaux, financiers et autres données me (nous) concernant qui sont nécessaires pour vérifier l'information fournie en vue de ma (notre) participation au programme de paiement.
3. Je consens (nous consentons) aussi à ce que Santé Manitoba utilise les renseignements qui me (nous) concernent à des fins de recherche générale sur la santé et de planification, et notamment pour la production, la gestion et l'analyse de données statistiques. Si vous avez des questions à poser sur le présent consentement, veuillez communiquer avec le coordonnateur ou la coordonnatrice de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée du ministère de la Santé du Manitoba, au (204) 786-7237, à Winnipeg, ou, sans frais, au 1-800-392-1207.

Signature du demandeur

Date

Signature du conjoint ou de la conjointe ou du conjoint ou de la conjointe de fait

Date

Déclaration et accord

- Je déclare (nous déclarons) que j'ai (nous avons) lu et compris le guide et le présent formulaire de demande et de consentement et que j'accepte (nous acceptons) de respecter les conditions du programme de paiement et les responsabilités et obligations qu'entraîne la participation au programme (Partie F du présent formulaire).
- Je déclare (nous déclarons) aussi que tous les renseignements fournis par moi (nous) dans le présent formulaire sont complets et véridiques.

Signature du demandeur

Date

Signature du conjoint ou de la conjointe ou du conjoint ou de la conjointe de fait

Date

PARTIE H : RÉSERVÉE À L'USAGE DES PHARMACIES

À REMPLIR UNIQUEMENT S'IL S'AGIT D'UN NOUVEAU DEMANDEUR ET NON D'UNE DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LA PARTICIPATION AU PROGRAMME DE PAIEMENT

Nom de la pharmacie, numéro du magasin et adresse

Ville et code postal

N° du permis

N° de téléphone

N° de télécopieur

Estimation du coût des médicaments sur ordonnance admissibles : conformément aux directives du guide, veuillez calculer le coût des médicaments sur ordonnance admissibles (couverts par le Régime d'assurance-médicaments du Manitoba) que doit acheter le demandeur pour lui-même ou pour sa famille pour les 30 jours qui viennent.

_____ \$
Coût estimé des médicaments

Signature du pharmacien ou de la pharmacienne

Date

PARTIE I : DEMANDE DE PARTICIPATION AU PROGRAMME DE PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES DE MANITOBA HYDRO

Pour pouvoir participer au programme de paiement, vous devez aussi autoriser Manitoba Hydro à faire des prélèvements mensuels automatiques sur votre compte en banque ou à la caisse populaire en vue de payer votre franchise annuelle du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba. Ce montant prélevé automatiquement comprendra aussi la somme indiquée sur votre facture mensuelle ordinaire pour votre consommation d'énergie. Si on a déterminé que vous étiez admissible au programme de paiement et que vous ne recevez pas de relevé mensuel de Manitoba Hydro, cette compagnie vous ouvrira un compte pour pouvoir vous envoyer des relevés et faire les prélèvements automatiques nécessaires sur votre compte en banque ou à la caisse populaire. Manitoba Hydro versera alors ces sommes à Santé Manitoba afin de payer votre franchise annuelle du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba.

Les prélèvements mensuels correspondant à la franchise du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba paraîtront séparément des montants relatifs à votre consommation d'énergie sur votre relevé mensuel de Manitoba Hydro. Le premier prélèvement automatique aura lieu normalement au cours du mois qui suit la date à laquelle votre formulaire de demande et de consentement sera reçu et traité par le personnel du programme de paiement, en fonction de la date à laquelle vous devez payer votre facture de Manitoba Hydro.

Si on vous autorise à participer au programme de paiement, le personnel du programme vous enverra, à l'adresse figurant à la Partie A, un avis vous indiquant le montant qui sera prélevé chaque mois sur votre compte en banque ou à la caisse populaire par Manitoba Hydro jusqu'à ce que la totalité de votre franchise annuelle ait été payée à Santé Manitoba.

Veuillez consulter le guide pour plus de renseignements.

Êtes-vous déjà inscrit(e) au programme de prélèvements automatiques de Manitoba Hydro pour payer votre consommation d'énergie? (Cochez Oui ou Non)

- Si vous avez coché **Oui**, veuillez indiquer votre numéro de compte de Manitoba Hydro (a), les renseignements financiers demandés (b) et tout renseignement personnel qui aurait changé récemment dans la Partie I(1) de ce formulaire de demande et de consentement, et signer la demande de participation au programme de prélèvements automatiques de Manitoba Hydro.
- Si vous avez coché **Non**, veuillez remplir toute la demande de participation au programme de prélèvements automatiques de Manitoba Hydro, à la Partie I(1) de ce formulaire de demande et de consentement.

Votre compte de Manitoba Hydro est-il en règle? (Cochez Oui ou Non)

Oui Non

- Si vous avez coché **Non**, veuillez communiquer avec Manitoba Hydro dès que possible, au 480-5900 à Winnipeg, ou au 1-888-MBHYDRO (624-9376) en dehors de Winnipeg, afin d'éviter tout retard dans le traitement de votre demande.

PARTIE I(1) : DEMANDE DE PARTICIPATION AU PROGRAMME DE PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES DE MANITOBA HYDRO

Vous devez remplir cette partie afin d'autoriser Manitoba Hydro à prélever automatiquement sur votre compte en banque ou à la caisse populaire les montants mensuels correspondant à votre franchise annuelle du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba. Si vous participez déjà au programme de prélèvements automatiques de Manitoba Hydro, veuillez indiquer votre numéro de compte de Manitoba Hydro (a), les renseignements financiers demandés (b) et tout renseignement personnel qui aurait changé récemment. Si vous n'avez pas à l'heure actuelle de compte auprès de Manitoba Hydro, la compagnie vous en ouvrira un si vous êtes admissible au programme. Si vous avez un compte-chèques, veuillez joindre ci-dessous un chèque nul.

(a) _____

Numéro de compte de Manitoba Hydro

Nom(s) du client de Manitoba Hydro

Adresse de service

Ville

Code postal

Adresse postale ou cochez la case
si c'est la même que ci-dessus

Ville

Code postal

(204) _____ (204) _____ (204) _____

N° de tél. au domicile

N° de tél. au travail

Autre n° de tél.

(b) _____

Nom de l'établissement financier Adresse de l'établissement financier

(b) _____

N° de domiciliation

N° de l'établissement

N° du compte

- J'autorise (nous autorisons) Manitoba Hydro à faire des prélèvements mensuels automatiques sur le compte identifié par le chèque nul ci-joint (compte ouvert auprès de l'établissement financier dont le nom figure ci-dessus), afin de payer la facture correspondant à ma(notre) consommation d'énergie et la franchise annuelle du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba. Cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que l'une ou l'autre des parties y mette fin.
- S'il se produit des changements en ce qui concerne l'établissement financier où se trouve mon compte, je m'engage (nous nous engageons) à les signaler le plus vite possible par écrit à Manitoba Hydro et au Programme de paiement par mensualités de la franchise du Régime d'assurance-médicaments de Santé Manitoba (300, rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9).

Tous les signataires autorisés du compte dont le numéro paraît ci-dessus (compte ouvert auprès de l'établissement financier mentionné) **doivent signer** ci-dessous.

Signature autorisée

Date

Signature autorisée

Date

Ces renseignements personnels sont recueillis conformément à la Loi sur la Régie des services publics, afin de permettre au demandeur de faire des paiements électroniques. Ces renseignements peuvent aussi être communiqués à un vérificateur interne ou externe aux fins d'une vérification par échantillonnage, au service de l'informatique aux fins de l'administration des comptes-clients, et aux cadres de Manitoba Hydro en cas de nécessité. Ils sont protégés par les dispositions de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Si vous avez des questions à poser sur la collecte de ces renseignements, vous pouvez vous mettre en rapport avec le service des comptes de Manitoba Hydro, en composant le 480-5900, à Winnipeg, ou, sans frais, le 1-888-MBHYDRO (624-9376) en dehors de Winnipeg.

Veuillez joindre un chèque portant la mention « nul » dans l'espace ci-dessous.