

# Régime d'assurance-médicaments

## Demande et déclaration de consentement

Programme de médicaments

300, rue Carlton

Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9



Écrire en lettres moulées – Une demande par unité familiale – Date limite de réception : le 31 mars de l'année d'indemnisation

Nom de famille du demandeur	Prénom	Situation de famille actuelle : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Union de fait <input type="checkbox"/> Veuf ou veuve <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire	Nom de famille du conjoint	Prénom
Numéro d'immatriculation de Santé Manitoba			Numéro d'immatriculation de Santé Manitoba	
Numéro d'identification personnel (N.I.P.)			Numéro d'identification personnel (N.I.P.)	
Numéro d'assurance sociale (N.A.S.)			Numéro d'assurance sociale (N.A.S.)	
Adresse actuelle		Ville/Village		
Numéro de téléphone		Code postal		

Remarque : Ces renseignements sont recueillis en vertu du paragraphe 13(1) de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* et serviront à déterminer l'admission aux prestations du Régime d'assurance-médicaments. Les achats de médicaments admissibles sont soumis à la franchise annuelle en vigueur pour chaque année d'indemnisation, soit du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars.

Le demandeur ou son conjoint signe-t-il par procuration?  
(Si la réponse est oui, veuillez joindre une copie de la procuration.)

Oui  Non

Le demandeur ou son conjoint réside-t-il en foyer de soins personnels?

Oui  Non

**Options d'inscription : Veuillez choisir une des deux options ci-dessous et cocher la case correspondante.**

<p><b>Option A</b></p> <p><b>Inscription initiale unique</b> <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Un seul formulaire de demande à remplir.</li><li>✓ Le montant de la franchise est automatiquement établi le 1<sup>er</sup> avril de chaque année d'indemnisation.</li><li>✓ Le processus de demande d'inscription est automatisé.</li><li>✓ Une lettre de confirmation du montant de la franchise est automatiquement envoyée au début de chaque année d'indemnisation.</li><li>✓ L'Agence canadienne du revenu fournit les renseignements relatifs à l'impôt sur le revenu pour les deux années précédant le début de l'année d'indemnisation.</li></ul>	<p><b>Option B</b></p> <p><b>Inscription par demande annuelle</b> <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Une demande doit être remplie pour chaque année d'indemnisation, qui va du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars.</li><li>✓ Le montant de la franchise n'est déterminé qu'au moment du traitement de la demande d'inscription.</li><li>✓ Le demandeur doit fournir chaque année à Santé Manitoba des renseignements satisfaisants sur son revenu (par ex. : une copie de l'avis de cotisation fourni par l'Agence canadienne du revenu, ligne 150).</li></ul>
---	--

### CONSENTEMENT

J'autorise par la présente l'Agence canadienne du revenu à fournir au ministère de la Santé du Manitoba des renseignements sur mes déclarations de revenu, ainsi que celles de mon conjoint s'il y a lieu, et tout autre renseignement confidentiel. Ces renseignements doivent être de nature pertinente et serviront seulement à déterminer et vérifier mon admissibilité en ce qui concerne l'administration générale et la mise en application du Régime d'assurance-médicaments établi en vertu de la *Loi sur l'aide à l'achat de médicaments sur ordonnance* et de ses règlements, et ils ne seront distribués à aucune autre personne sans mon approbation.

La présente autorisation vise les deux dernières années d'imposition, l'année d'imposition courante, ainsi que les années d'imposition consécutives pendant lesquelles mon unité familiale déposera des demandes de remboursement en vertu du Régime d'assurance-médicaments ou quelqu'un déposera des demandes de remboursement au nom de mon unité familiale. Je comprends que j'ai le droit de mettre fin à cette autorisation à tout moment en communiquant par écrit avec le Régime d'assurance-médicaments.

Signature du demandeur

Date

Signature du conjoint

Date

### DÉCLARATION

J'atteste par la présente que tous les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et, si j'ai choisi l'option B, que j'ai effectivement déclaré le montant total de mes revenus, quelle que soit leur source. J'atteste également que les frais de médicaments sur ordonnance pour lesquels je fais ou je ferai une demande de remboursement ne sont pas pris en charge par une autre assurance ou un autre programme fédéral, provincial ou municipal de remboursement. Je comprends que toute fausse déclaration constitue une fraude et pourrait entraîner le recouvrement de tous les remboursements versés par Santé Manitoba.

Signature du demandeur

Date

Signature du conjoint

Date

Veuillez envoyer le formulaire rempli à : Santé Manitoba, 300, rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9. Vous pouvez également l'envoyer par télécopieur au 786-6634. Pour plus de renseignements, communiquez avec notre bureau en appelant au (204) 786-7141 ou, sans frais, au 1 800 297-8099. Vous pouvez aussi consulter notre site Web au [www.gov.mb.ca/health/pharmacare/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/pharmacare/index.fr.html).

**Rappel : Cette demande ne sera considérée comme remplie que si une option d'inscription a été choisie (option A ou B) et si les sections Consentement et Déclaration ont toutes les deux été signées.**

(English on reverse side)