Régime d'assurance-médicaments – Demande et déclaration de consentement





		•
Veuillez écrire en lettres moulées – Une demande par unité familiale		Date limite pour les demandes – Le 31 mars de l'année d'indemnisation en cours
•		
Nom de famille du demandeur Prénom	État matrimonial actuel :	Nom de famille du conjoint Prénom
Nº d'immatriculation de Santé Manitoba	Marié/conjoint de fait	Nº d'immatriculation de Santé Manitoba
Numéro d'identification personnel (NIP)	Séparé	Numéro d'identification personnel (NIP)
Numéro d'assurance sociale (NAS)	☐ Célibataire/ veuf	Numéro d'assurance sociale (NAS)
Adresse actuelle Ville ou village		
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'admissibilité aux indemnisations du Régime d'assurance-médicaments. Les achats de médicaments sur ordonnance admissibles s'appliquent à la franchise annuelle de chaque année d'indemnisation, du 1er avril au 31 mars. Le procureur signe-t-il pour le compte du demandeur ou du conjoint? (Si la réponse est oui, joignez une copie de la procuration) Le cas échéant, le demandeur ou le conjoint demeure-t-il dans un foyer de soins personnels? Oui Non		
Inscription initiale unique		
 Un seul formulaire de demande requis. La franchise est automatiquement établie le 1^{er} avril de chaque année d'indemnisation. Le processus de demande est automatisé. Une lettre de confirmation de la franchise sera automatiquement envoyée au commencement de chaque année d'indemnisation. Les renseignements sur l'impôt sur le revenu des deux années précédant le commencement de l'année d'indemnisation sont fournis par l'Agence du revenu du Canada. 		
CONSENTEMENT J'accepte, par la présente, que l'Agence du revenu du Canada communique au ministère de la Santé du Manitoba des renseignements sur mes revenus et mes dépenses, ainsi que des renseignements signalétiques personnels, notamment mon nom, mon état matrimonial et ma date de naissance, issus de mes déclarations de revenus et d'autres sources, ainsi que ces mêmes renseignements pour mon conjoint, le cas échéant. Ces renseignements doivent être de nature pertinente et seront uniquement utilisés pour vérifier mon admissibilité et déterminer le montant des indemnisations auxquelles je peux prétendre en vertu de la Loi sur l'aide à l'achat de médicaments sur ordonnance et de ses règlements d'application, et ils ne seront divulgués à aucune autre personne sans mon autorisation. L'autorisation est valide pour les deux années d'imposition précédentes, pour l'année d'imposition en cours et pour toutes les années d'imposition subséquentes consécutives durant lesquelles mon unité familiale demande une couverture en vertu du Régime d'assurance- médicaments ou une personne demande une telle couverture pour le compte de mon unité familiale. Je comprends que j'ai le droit de mettre fin à cette autorisation à tout moment en écrivant au Régime d'assurance-médicaments.		
Signature du demandeur	Date	
Signature du conjoint	Date	
DÉCLARATION Je déclare que tous les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire sont complets. J'atteste également que le coût des médicaments sur ordonnance pour lesquels je réclame ou je réclamerai une indemnisation n'est pas couvert par un autre programme fédéral, provincial ou municipal. Je comprends qu'une fausse déclaration constitue une fraude et peut entraîner le recouvrement de toute indemnisation versée par le ministère de la Santé du Manitoba.		
Signature du demandeur	Date	

Le formulaire dûment rempli peut être envoyé au ministère de la Santé, au 300, rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9 ou être transmis par télécopieur au 204-786-6634. Pour en savoir plus, communiquez avec notre bureau, au 204-786-7141, ou, sans frais, au 1- 800-297-8099, ou encore à www.gov.mb.ca/health/pharmacare/index.fr.html.