

# Régime d'assurance-médicaments

## Demande et déclaration de consentement



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

Nom de famille du demandeur	Prénom	<b>Situation de famille actuelle :</b> <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 (NIP)			Numéro d'identification personnel (NIP)	
Numéro d'assurance sociale (NAS)			Numéro d'assurance sociale (NAS)	
Adresse actuelle			Ville ou 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'admissibilité 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 allant du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars.*

Un mandataire signe-t-il au nom du demandeur ou de son conjoint ?  Oui  Non  
 (Si la réponse est oui, veuillez joindre une copie de la procuration.)

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

**Options d'inscription : Veuillez choisir l'option A ou B ci-dessous et cocher la case correspondante.**

<b>Option A</b> <b>Inscription initiale unique</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Option B</b> <b>Inscription par demande annuelle</b>	<input type="checkbox"/>
<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>		<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) pour les deux années précédant le début de l'année d'indemnisation.</li> </ul>	

### 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, ma situation de famille 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 prestations 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.

La présente autorisation vise les deux dernières années d'imposition, l'année d'imposition en cours, 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 complets et, si j'ai choisi l'option B, que j'ai effectivement déclaré le montant total de mes revenus, en tenant compte de toutes mes sources de revenu. 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 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 : Programmes de médicaments, 300, rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9. Vous pouvez également l'envoyer par télécopieur au 204 786-6634. 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 : Pour que cette demande soit complète il faut choisir une option d'inscription (option A ou B) et les sections Consentement et Déclaration doivent toutes les deux être signées.**