

Programme de médicaments sur ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador (NLPDP)

<u>ACCESS PLAN</u>	<u>ASSURANCE PLAN</u>
<p>Ce régime couvre les médicaments sur ordonnance pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les célibataires dont le revenu net total est de 27 151 \$ ou moins. • Les couples dont le revenu net total est de 30 009 \$ ou moins. • Les familles (y compris les chefs de famille monoparentale) dont le revenu net total est de 42 870 \$ ou moins. <p>Les demandeurs admissibles devront assumer une quote-part se situant entre 20 % et 70 % du total des coûts d'ordonnance, selon leur niveau de revenu.</p>	<p>Ce régime couvre les médicaments sur ordonnance pour les personnes et les familles dont le coût des médicaments dépasse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 % du revenu net pour celles qui gagnent moins de 40 000 \$. • 7,5 % du revenu net pour celles qui gagnent de 40 000 \$ à moins de 75 000 \$. • 10 % du revenu net pour celles qui gagnent de 75 000 \$ à moins de 150 000 \$. <p>Les demandeurs admissibles devront assumer une quote-part établie en fonction de leur niveau de revenu et des coûts des médicaments.</p>
<p>À NOTER :</p> <p>1. Les personnes à charge âgées de 13 à 17 ans des personnes et des familles qui sont admissibles au régime Access Plan sont automatiquement admissibles à certains SERVICES DENTAIRES.</p> <p style="text-align: center;">Les services dentaires sont administrés dans le cadre du Régime de soins dentaires de Terre-Neuve-et-Labrador</p>	

SECTION A SITUATION FAMILIALE ET COÛTS DES MÉDICAMENTS

1. Quelle est votre situation familiale? (Voir la définition d'« enfant à charge » à la section C)
Célibataire Couple – sans enfant à charge Famille – avec enfants à charge (comprend les familles monoparentales)

2. Faites-vous une demande de couverture en vertu du régime **Access Plan**? Oui Non

3. Faites-vous une demande de couverture en vertu du régime **Assurance Plan**? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le coût total annuel des médicaments pour la famille : _____ \$

Pour appuyer votre demande en vertu du régime Assurance Plan, vous devez joindre un relevé des médicaments achetés à la pharmacie ou un relevé de votre compagnie d'assurance indiquant le coût total annuel des médicaments pour votre famille. Si vous n'achetez pas déjà les médicaments qui vous ont été prescrits, d'autres renseignements sont requis – veuillez vous reporter à la fiche d'information.

SECTION B RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (en lettres moulées)

DEMANDEUR										CONJOINT (s'il y a lieu)									
Nom de famille										Nom de famille									
Prénom					Initiale					Prénom					Initiale				
Numéro du MCP										Numéro du MCP									
Date de naissance (aaaa-mm-jj)										Date de naissance (aaaa-mm-jj)									
Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme										Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme									

ADRESSE POSTALE

Rue/C.P.			Numéro d'immeuble/d'appartement				
Ville		Province		Code postal		Numéro de téléphone	

SECTION C – RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE – Inclure tous les enfants à charge qui vivent avec vous et sont âgés de moins de 18 ans ou de 18 à 20 ans et fréquentant toujours l'école secondaire. Veuillez joindre

