

# Demande de modification, de remplacement ou de renouvellement d'une carte d'assurance-maladie

Pour les conditions à remplir, voir les instructions au verso du formulaire

Cocher et remplir les champs qui s'appliquent

Indiquer les membres concernés par les changements dans la section A et/ou B

C.P. 5100, Fredericton (N.-B.) E3B 5G8

Téléphone: 1-888-762-8600 (numéro sans frais)

## SECTION A

<input type="checkbox"/> Changement d'adresse	<input type="checkbox"/> Mariage	<input type="checkbox"/> Séparation/divorce	<input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Changement de nom	<input type="checkbox"/> Erreur dans le nom / la date de naissance	<input type="checkbox"/> Nouveau-né	<input type="checkbox"/> Adoption
---	----------------------------------	---	--------------------------------	--	--	-------------------------------------	-----------------------------------

	Auteur de la demande Personne qui remplit le formulaire	Prénom	Deuxième prénom	Nom de famille	À l'usage du bureau seulement		
1	Date de naissance	JJ MM AA	N° d'assurance-maladie	Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Donneur d'organes <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Statut
2	Nom du conjoint/partenaire	JJ MM AA	N° d'assurance-maladie	Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Donneur d'organes <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
3	Nom de la personne à charge	JJ MM AA	N° d'assurance-maladie	Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Donneur d'organes <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
4	Nom de la personne à charge	JJ MM AA	N° d'assurance-maladie	Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Donneur d'organes <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
5	Nom de la personne à charge	JJ MM AA	N° d'assurance-maladie	Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Donneur d'organes <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	

Nouveau(x) nom(s) demandé(s) : \_\_\_\_\_ Ancien(s) nom(s) : \_\_\_\_\_

<b>L'adresse du domicile actuel DOIT être indiquée.</b>	N° d'appartement	Numéro et rue du domicile	Adresse postale (si différente de l'adresse du domicile)
		Ville ou village	Province Code postal

Numéros de téléphone : Domicile ( ) Cellulaire ( ) Travail ( )

Autres commentaires : \_\_\_\_\_

## SECTION B

**Carte de remplacement – Une seule carte par personne. N'envoyez pas d'argent comptant par la poste.**  
Des frais non remboursables de 10 \$ par carte sont exigés de chaque titulaire à l'exception des bénéficiaires :

du supplément de revenu garanti  de l'aide au revenu  La carte reçue était endommagée ou comportait une erreur

Nom de la ou des personnes ayant besoin d'une carte : \_\_\_\_\_

Raison de la requête :  Perte  Vol  Carte endommagée Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**Prière de noter: Si vous déclarez votre carte volée, un frais de remplacement de carte de 10\$ est applicable. Afin de protéger votre vie privée, la carte volée sera annulée et un nouveau numéro d'Assurance-maladie et une nouvelle carte seront émis lorsque les frais seront acquittés.. Il s'agit de votre responsabilité d'aviser vos fournisseurs de service de votre nouveau numéro d'Assurance-maladie.**

**Carte périmée ou à renouveler – Indiquez la date d'expiration telle qu'elle figure sur la carte d'assurance-maladie (MM/AA): \_\_\_\_\_**

Les titulaires d'une carte périmée et les personnes qui ont cessé de bénéficier de l'assurance au cours des 24 derniers mois doivent se présenter en personne (sauf exception) dans un centre de Service Nouveau-Brunswick de leur région pour fournir une preuve d'identité et de résidence. La même pièce ne peut pas servir à satisfaire plus d'une exigence. Si vous avez quitté le N.-B. pour 30 jours ou plus, veuillez remplir la section sur les absences temporaires ci-dessous.

Individus, dont la carte d'Assurance-maladie s'est échue ou a été résiliée il y a plus de deux ans, doivent faire une nouvelle demande auprès de l'Assurance-maladie du N.-B. et remplir une demande d'inscription.

**Document de renouvellement pour les immigrants – copie de la prolongation du permis ou de la carte de résident permanent (recto et verso).**

**Vous déménager à l'extérieur du pays ou de la province? Veuillez composer le 1 888 762- 8600**

**Pénitencier fédéral** Date d'entrée (JJ/MM/AA) : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ (en cas de mise en liberté, veuillez remplir le formulaire de demande d'inscription).

**Forces armées** Date d'entrée (JJ/MM/AA) : \_\_\_\_\_ en cas de libération du service, veuillez remplir le formulaire de demande d'inscription)  
Nom(s) : \_\_\_\_\_

**Étudiant (études à l'extérieur de la province - doit communiquer chaque année avec l'Assurance-maladie)**

**Étudiant (études à l'étranger - doit soumettre une preuve d'inscription)**

Date de départ (JJ/MM/AA) : \_\_\_\_\_ Date de retour (JJ/MM/AA) : \_\_\_\_\_ Nom(s) : \_\_\_\_\_

Établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_ Adresse hors de la province/à l'étranger : \_\_\_\_\_

**Absence temporaire pour des vacances/une visite (hors du Nouveau-Brunswick)**

**Absence temporaire pour affaires (hors du Nouveau-Brunswick)**

Pour les résidents admissibles du N.-B., l'absence temporaire pour des vacances/une visite est définie comme une période d'absence du N.-B. de plus de 212 jours par période de 12 mois. Les personnes absentes plus de 212 jours (consécutifs ou non) pour des vacances/une visite doivent obtenir l'approbation de la direction.

L'absence temporaire pour affaires ne peut pas dépasser 182 jours (consécutifs ou non) par période de 12 mois.

Une demande pour 12 mois au maximum peut être approuvée, mais une seule fois par période de trois ans à compter du moment du retour (vacances/visite ou affaires). En cas d'absence de plus de 12 mois, les résidents du N.-B. doivent faire une nouvelle demande d'inscription à l'Assurance-maladie du N.-B.

**Travailleur mobile (à l'extérieur du Nouveau-Brunswick)**

En cas de demande de prolongation de l'admissibilité à l'Assurance-maladie pour une période de 2 ans au maximum en raison d'un emploi nécessitant des déplacements fréquents à l'extérieur du N.-B., l'employeur et/ou le résident doit fournir une lettre incluant les dates des missions pour confirmer que des déplacements fréquents à l'extérieur du N.-B. sont exigés.

**Travailleurs à contrat (à l'extérieur du Canada)**

Ce statut peut être octroyé pour deux ans au maximum. Une copie de votre contrat portant vos dates de début et de fin d'emploi doit être fournie.

Date de départ (JJ/MM/AA) : \_\_\_\_\_ Date de retour (JJ/MM/AA) : \_\_\_\_\_ Destination : \_\_\_\_\_

Nom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse de réexpédition : \_\_\_\_\_

Raison de l'absence : \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION DU RÉSIDENT

**La Loi sur le paiement des services médicaux** définit un « résident » comme « une personne ayant légalement le droit d'être ou de rester au Canada, qui s'établit et vit habituellement au Nouveau-Brunswick ». Cette définition exclut les touristes, les personnes de passage et les visiteurs au Nouveau-Brunswick.

**Le soussigné demandeur déclare par la présente avoir lu la définition de « résident », que les renseignements figurant sur ce formulaire sont exacts et que les personnes indiquées sont des résidents permanents conformément à la définition de « résident ».**

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Quiconque enfreint les dispositions relatives à la résidence ou aide une personne à les enfreindre est coupable d'une infraction et est passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement, ou des deux.

Il vous appartient de tenir à jour votre dossier auprès de l'Assurance-maladie. Utilisez le présent formulaire pour signaler tout changement dans votre ménage.

Pour renouveler leur inscription à l'Assurance-maladie, les titulaires d'une carte expirée et les personnes qui ont cessé de bénéficier de l'assurance au cours des 24 derniers mois doivent se présenter en personne (sauf exception) dans un centre de Service Nouveau-Brunswick pour fournir une preuve d'identité (liste 1) et de résidence (liste 2).

La même pièce NE PEUT PAS servir à satisfaire plus d'une exigence. Veuillez ne pas envoyer d'originaux. Nous ne pouvons pas garantir leur restitution.

Tous les formulaires sont traités au cas par cas; après examen, des renseignements supplémentaires peuvent être demandés.

## Liste 1 – Preuve d'identité

Une pièce qui porte votre nom, comme :

- Un certificat de naissance
- Un permis de conduire valide du Nouveau-Brunswick
- Un passeport valide (canadien ou étranger)
- Un certificat de baptême (avec mention du lieu et de la date de naissance)
- Une carte valide de résident permanent (recto et verso) ou une fiche relative au droit d'établissement (formulaire IMM 1000)
- Un permis de résidence temporaire en vigueur délivré par Citoyenneté et Immigration Canada (n'assure pas l'admissibilité à l'Assurance-maladie du N.-B.)
- Un certificat de citoyenneté canadienne
- Un certificat de statut d'autochtone (recto et verso)
- Un certificat de changement de nom légal
- Une carte d'étudiant ou d'employé
- Une ancienne carte de santé provinciale

## Liste 2 – Preuve de résidence au Nouveau-Brunswick

Les documents doivent être à jour et doivent afficher le nom du demandeur et l'adresse au N.-B., tels que transmis à l'Assurance-maladie, comme :

- Un acte hypothécaire
- Un contrat de location ou bail (doit être d'une durée d'un minimum d'un an et signé par le propriétaire et le locataire)
- Une facture de services publics émise dans les deux derniers mois (téléphone, électricité, câble/satellite, eau/égout)
- Une preuve d'emploi (bordereau de paie ou lettre de l'employeur sur du papier à en-tête de l'entreprise)
- Un contrat d'assurance (habitation, locataire ou auto)
- Un certificat d'immatriculation valide de véhicule à moteur du N.-B.
- Un permis de conduire valide du N.-B.
- Un avis de prestation fiscale pour enfants
- Une facture d'impôt foncier

### **Veillez remplir un formulaire de demande d'inscription si vous ou une personne résidant avec vous :**

- êtes de retour après avoir quitté le Nouveau-Brunswick;
- n'avez jamais demandé l'inscription à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (nouveau résident);
- avez une carte d'assurance-maladie dont la date d'expiration remonte à plus de deux ans.

Afin d'éviter les retards de traitement, les instructions qui suivent donnent des renseignements d'ordre général pour vous aider à faire des demandes à l'Assurance-maladie. Votre demande sera traitée dans les quatre à six semaines de sa réception. Tous les formulaires sont traités individuellement et des documents supplémentaires peuvent être requis. L'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick a le droit, à tout moment, de mettre fin à votre assurance ou de changer la date d'expiration de votre carte.

#### **Changement d'adresse :**

- Si votre adresse postale est une case postale, une route rurale ou poste restante, vous devez également fournir l'adresse (physique) de votre domicile.
- Mentionnez tous les membres concernés par le changement d'adresse à la section A du présent formulaire.
- Le cas échéant, indiquez le numéro de l'appartement.

#### **Mariage :**

- Indiquez le nom de votre conjoint, sa date de naissance et son numéro d'assurance-maladie.
- Incluez les personnes à charge de votre conjoint qui l'accompagnent. Une copie de documents attestant les droits de garde pourrait être requise.
- Si un changement de nom est nécessaire, indiquez : l'ancien nom, le nom (marital) choisi, le numéro d'assurance-maladie et une copie de l'acte de mariage.

#### **Séparation/divorce :**

- Indiquez le cas échéant avec qui les personnes à charge résident. Une copie de documents attestant les droits de garde pourrait être requise.
- Fournissez les renseignements permettant d'identifier votre ex-conjoint : nom, date de naissance, numéro d'assurance-maladie et adresse (si elle est connue).
- Si vous changez de nom, voir ci-dessous « Changement de nom ».

#### **Changement de nom :**

- Si vous reprenez le nom de famille qui était le vôtre à la naissance, une copie de votre certificat de naissance est requise si vous n'êtes pas né au N.-B. Si vous êtes né au N.-B., mentionnez-le dans le formulaire et indiquez votre nom tel qu'il figure sur votre certificat de naissance.
- Pour un changement de nom de famille en raison d'un mariage, une copie du certificat de mariage est requise.
- Pour un changement de prénom ou de nom de famille pour des raisons autres que celles ci-dessus, une copie du document attestant le changement de nom officiel est requise.

#### **Erreur dans la date de naissance ou le nom :**

- Si vous êtes né dans une autre province, une copie de votre acte de naissance ou d'un passeport canadien valide est nécessaire. Si vous êtes né au Nouveau-Brunswick, mentionnez-le dans le formulaire et indiquez votre nom tel qu'il figure sur votre acte de naissance.
- Si vous n'êtes pas né au Canada, fournissez une copie de votre titre de résidence au Canada. Les noms ne sont corrigés que pour les mettre en conformité avec la graphie utilisée sur les documents d'Immigration Canada.

#### **Membre supplémentaire admissible du ménage (nouveau-né, adoption ou mineur à charge) :**

- Une procuration est requise si vous remplissez le présent formulaire pour un résident actuel du N.-B. admissible de plus de 19 ans.
- Si vous souhaitez ajouter à votre ménage une personne de moins de 19 ans à votre charge, des documents attestant les droits de garde sont nécessaires.
- Pour ajouter à votre ménage un enfant adopté (né au N.-B.), veuillez fournir une preuve de citoyenneté canadienne et des documents attestant l'adoption. Si l'enfant n'est pas né au Nouveau-Brunswick, un formulaire de demande d'inscription doit être rempli et les documents requis doivent être fournis.

**Après avoir rempli le formulaire, veuillez signer la section « Déclaration du résident ».**

Si vous avez besoin d'aide ou si vous avez des questions concernant le présent formulaire, veuillez communiquer avec TéléServices de Service Nouveau-Brunswick au numéro sans frais 1 888 762-8600 ou consulter [www.gnb.ca/santé](http://www.gnb.ca/santé).

Les formulaires remplis peuvent être envoyés par la poste à l'adresse au recto du formulaire (à l'exception de ceux remplis à la suite de l'expiration de la carte ou de la résiliation de l'assurance, comme indiqué plus haut) ou remis en main propre dans un bureau de Service Nouveau-Brunswick. L'Assurance-maladie exige l'original du formulaire de demande de modification, de remplacement ou de renouvellement (sauf exception).

**Le ministère de la Santé recueille les renseignements personnels requis dans le présent formulaire aux fins d'examen et de traitement de vos demandes à l'Assurance-maladie et il s'engage à préserver la confidentialité de vos renseignements personnels.**

**Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection de la vie privée ou sur vos droits à cet égard, consultez [www.gnb.ca](http://www.gnb.ca)**