

Le **Programme de rectification de la fente palatine du Nouveau-Brunswick** est un programme de soins dentaires qui couvre les **garanties de soins dentaires spécifiées** pour un enfant de 18 ans ou moins né avec une fente palatine au palais dur et dont la famille a un revenu annuel net total (après impôt) situé sous les limites suivantes :

<u>Taille de la famille</u>	<u>Revenu</u>	<u>Taille de la famille</u>	<u>Revenu</u>	<u>Taille de la famille</u>	<u>Revenu</u>
2 personnes.....	22 020 \$	4 personnes.....	31 142 \$	6 personnes.....	38 141 \$
3 personnes.....	26 969 \$	5 personnes.....	34 817 \$	7 personnes.....	41 196 \$

**PARTIE I – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ**

**Pour être admissible vous devez :**

- Être résident du Nouveau-Brunswick.
- Avoir un enfant à charge né avec une fente palatine au palais dur qui est âgé de 18 ans ou moins.
- Ne pas avoir de couverture pour soins dentaires par l'entremise d'un autre programme gouvernemental ou un régime d'assurance privé.

**Documents à fournir :**

- copie de la déclaration de revenus du Nouveau-Brunswick ou avis de cotisation du parent/tuteur et du conjoint (le cas échéant).

**PARTIE II – COUVERTURE POUR SOINS DENTAIRES**

**Est-ce que vous, votre conjoint ou vos enfants à charge êtes actuellement couvert par le régime *De beaux sourires et une bonne vision* ou par un régime privé?**

- Oui    Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_  
 Non

**PARTIE III – INFORMATION SUR LA DEMANDE D'ADHÉSION (Prière d'écrire en caractères d'imprimerie)**

**Information sur le client**

Nom	Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe (M ou F)	Numéro d'assurance-maladie du N.-B.

**Résidence** - Êtes-vous un résident du Nouveau-Brunswick?     Oui     Non

**Adresse postale** (case postale, rue, route rurale, ville, province, code postal) : \_\_\_\_\_

**Adresse résidentielle** (si différente de l'adresse postale) au moment de la demande (case postale, rue, route rurale, ville, province, code postal) : \_\_\_\_\_

**Information sur le parent/tuteur**

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Deuxième prénom : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Autre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**Information sur les personnes à charge**

Nom	Date de naissance (jour/mois/année)

**PARTIE IV - REVENU ANNUEL NET TOTAL**

Prière de fournir une copie de la déclaration de revenus du Nouveau-Brunswick ou de l'avis de cotisation du parent/tuteur (et du conjoint le cas échéant).

Vivez-vous avec un conjoint?  Oui  Non

Dans l'affirmative, indiquez le nom du conjoint : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale du conjoint : \_\_\_\_\_

1. Revenu du parent/tuteur		← (Ligne 23600 de l'avis de cotisation ou de la déclaration de revenus de l'année précédente)
2. Revenu du conjoint (le cas échéant)		← (Ligne 23600 de l'avis de cotisation ou de la déclaration de revenus de l'année précédente pour le conjoint)
<b>Revenu net total combiné de l'année précédente</b>		← Additionnez les lignes 1 et 2

**PARTIE V - CONSENTEMENT**

Je déclare/Nous déclarons que l'information fournie dans la présente demande est exacte et véridique au mieux de ma/notre connaissance.

Je comprends/Nous comprenons que donner des informations fausses ou incomplètes peut donner lieu à la cessation ou à la suspension des garanties.

Je comprends/Nous comprenons que ces informations serviront à déterminer l'admissibilité au Programme de rectification de la fente palatine du Nouveau-Brunswick et pourraient être vérifiées par des représentants de Croix Bleue Medavie.

Je comprends/Nous comprenons que l'admissibilité au Programme de rectification de la fente palatine du Nouveau-Brunswick est fondée sur le revenu annuel net et que, par conséquent, je dois/nous devons présenter une nouvelle demande pour chaque étape du traitement.

Je consens/Nous consentons à ce que Croix Bleue Medavie utilise les informations fournies dans la présente, incluant mon/nos numéro(s) d'assurance sociale et tout document ci-joint, afin de vérifier l'admissibilité au Programme de rectification de la fente palatine du Nouveau-Brunswick. Cela inclut transmettre de l'information à l'Agence du revenu du Canada et à tout autre intervenant déterminé par Croix Bleue Medavie, ainsi que recueillir de l'information auprès de ceux-ci.

Nom du demandeur (Prière d'écrire en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

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

Nom du conjoint (le cas échéant) (Prière d'écrire en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Signature du conjoint (le cas échéant) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Réservé à l'usage interne :

**Veillez envoyer la demande complète par courrier ou télécopieur, ainsi que le formulaire de préautorisation, à :**

Programme de rectification de la fente palatine  
du Nouveau-Brunswick  
644, rue Main  
C. P. 220  
Moncton NB E1C 8L3  
Télécopieur : 1-506-867-4651

**Renseignements :**

Numéro sans frais : 1-888-273-0666

Le Programme de rectification de la fente palatine du Nouveau-Brunswick est administré par Croix Bleue Medavie au nom du gouvernement du Nouveau-Brunswick.