

## DÉCLARATION DE VOYAGE DU RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DE L'Î.-P.-É. POUR LES DÉPLACEMENTS HORS PROVINCE

Nom :	Nombre de jours d'approvisionnement requis (max. 180 jours)
Numéro de carte-santé	<b>Note :</b> Votre pharmacien n'est pas en mesure de déterminer le nombre de jours d'approvisionnement admissibles à la couverture d'assurance-médicaments. Demandez uniquement le nombre de jours d'approvisionnement nécessaires pour votre voyage.

Je, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_,  
*(nom complet du déclarant en lettres moulées)* *(insérer l'adresse complète du déclarant)*

Province de l'Île-du-Prince-Édouard, Canada, **déclare, par la présente que :**

- 1) Je suis un bénéficiaire inscrit au Programme de médicaments à l'intention des aînés, au Programme de médicaments pour le diabète, au Programme de médicaments génériques ou au Programme de couverture des coûts exorbitants en médicaments du Régime d'assurance-médicaments de l'Î.-P.-É.;
- 2) Je voyagerai à l'extérieur de l'Île-du-Prince-Édouard du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ (inclusivement), et j'ai informé le bureau de l'assurance-maladie de l'Î.-P.-É. de mon intention d'être à l'extérieur de la province durant cette période de temps; et
- 3) Je demande que mes médicaments d'ordonnance admissibles soient remplis conformément à la Politique relative aux provisions de voyage du Régime d'assurance-médicaments de l'Î.-P.-É.

**Par cette déclaration,** je confirme avoir compris que :

- Les stupéfiants, les médicaments contrôlés, les benzodiazépines et les autres médicaments classés dans la catégorie des médicaments d'ordonnance onéreux ne sont **pas admissibles** à la couverture relative aux provisions de voyage en vertu de la Politique relative aux provisions de voyage du Régime d'assurance-médicaments de l'Î.-P.-É.;
- La couverture réelle est assujettie aux règles habituelles du programme de médicaments du Régime d'assurance-médicaments de l'Î.-P.-É. auquel je suis inscrit(e) en tant que bénéficiaire admissible;

- Si je choisis d'acheter un approvisionnement qui dépasse le nombre de jours d'approvisionnement maximal (180 jours) des programmes de médicaments du Régime d'assurance-médicaments de l'Î.-P.-É., seul le nombre de jours d'approvisionnement maximal sera admissible à la couverture;
- J'assume la responsabilité unique et entière des médicaments qui m'ont été remis pour mon voyage à l'extérieur de l'Île-du-Prince-Édouard, et le Régime d'assurance-médicaments de l'Î.-P.-É. ne sera pas responsable de médicaments perdus, volés ou endommagés; et
- Si je fournis des renseignements erronés ou trompeurs dans la présente déclaration, je pourrais perdre mon admissibilité aux prestations des programmes de médicaments du Régime d'assurance-médicaments de l'Î.-P.-É., à la discrétion de Santé Î.-P.-É., et m'exposer aux sanctions juridiques qui s'appliquent dans les circonstances.

**Je déclare qu'à ma connaissance, les renseignements ci-dessus sont véridiques et exacts.**

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE DU DÉCLARANT (REQUIS)**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

La collecte de renseignements personnels ou de renseignements personnels sur la santé par l'entremise du présent formulaire se fait conformément à l'alinéa 31c) de la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée) de l'Île-du-Prince-Édouard, et/ou l'article 21 de la *Health Information Act* (loi sur les renseignements sur la santé) de l'Île-du-Prince-Édouard, étant donné qu'ils se rapportent directement et qu'ils sont nécessaires pour déterminer l'admissibilité aux prestations par l'entremise du Régime d'assurance-médicaments de l'Î.-P.-É.