

# Formulaire J - Programme Ryan White Part B

## Instructions pour l'Application



**Le Programme Ryan White Part B apporte une aide aux personnes à faibles revenus vivant avec le VIH/SIDA dans le Maine.**

<b>Utilisez cette application pour être remboursé pour une quote-part de médicament.</b>	<p>Des remboursements de copay sont disponibles pour les personnes atteintes du VIH/SIDA qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vivre dans le Maine ;</li> <li>• dont les revenus sont inférieurs à 500% du seuil fédéral de pauvreté (<a href="https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines">https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines</a>) ;</li> <li>• sont tenus d'utiliser une pharmacie qui ne contractera pas avec ADAP ; ET</li> <li>• le médicament est sur la liste ADAP (<a href="http://www.maine.gov/dhhs/MaineADAP">www.maine.gov/dhhs/MaineADAP</a>).</li> </ul>
<b>Ce dont vous avez besoin pour postuler :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplissez et signez le formulaire de demande d'une (1) page.</li> <li>• Joignez des reçus détaillés pour les médicaments remplis dans les 90 jours</li> </ul>
<b>Comment postuler :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envoyez votre demande remplie et vos reçus à :  <b>Maine Ryan White Program</b>  <b>40 State House Station</b>  <b>Augusta, ME 04330</b>  <b>Fax : (207) 287-3498</b> </li> </ul>
<b>Que va-t-il se passer ensuite ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplissez le formulaire de demande de manière complète et lisible. Nous ne pouvons pas traiter les demandes auxquelles il manque des informations. (Votre identifiant Ryan White est le même numéro DHS que celui que vous utilisez pour l'ADAP.)</li> <li>• Une fois que nous aurons reçu votre demande complète, vous recevrez une lettre confirmant le paiement ou expliquant pourquoi votre demande a été refusée.</li> <li>• Veuillez prévoir jusqu'à dix jours ouvrables pour le traitement de votre demande. Si vous n'avez pas de nouvelles de notre part dans les dix jours ouvrables, veuillez nous appeler.</li> </ul>
<b>Obtenir de l'aide pour cette application</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Téléphone : (207) 287-3747. Les utilisateurs de TTY peuvent appeler Maine Relay au 711.</li> <li>• Fax : (207) 287-3498</li> <li>• Email : <a href="mailto:RyanWhitePartB.DHHS@maine.gov">RyanWhitePartB.DHHS@maine.gov</a></li> </ul>

Conformément à l'article 22 MRS §15, toute personne qui fait sciemment de fausses déclarations écrites ou qui soumet sciemment de faux documents afin de bénéficier des prestations fournies par le Département s'expose à des sanctions civiles de la part de l'État du Maine devant la Cour supérieure, qui peuvent inclure, sans s'y limiter, le recouvrement des fonds versés.

## Département de la Santé et des Services Sociaux du Maine

### AVIS DE NON-DISCRIMINATION

---

Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (DHHS) n'opère aucune discrimination fondée sur le handicap, la race, la couleur, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge, l'origine nationale, les convictions religieuses ou politiques, l'ascendance, la situation familiale ou matrimoniale, les informations génétiques, l'appartenance à une association, la revendication antérieure d'un droit ou d'une revendication, ou la dénonciation d'irrégularités, dans l'admission ou l'accès à ses politiques, programmes, services ou activités, dans leur fonctionnement, ou dans ses pratiques d'embauche ou d'emploi. Cet avis est fourni conformément au Titre II de l'Americans with Disabilities Act (ADA) de 1990, au titre VI du Civil Rights Act de 1964, tel que modifié, à la Section 504 du Rehabilitation Act de 1973, tel que modifié, à l'Age Discrimination Act de 1975, le titre IX de la Loi de 1972 sur les Amendements à l'éducation ; la Section 1557 de la Loi sur les Soins Abordables ; la loi sur les droits de l'homme du Maine ; le Décret Exécutif concernant les contrats de services de l'État du Maine ; et toutes les autres lois et réglementations interdisant une telle discrimination. Les questions, préoccupations, plaintes ou demandes d'informations supplémentaires concernant l'ADA et les pratiques d'embauche ou d'emploi peuvent être adressées aux coordinateurs ADA/EEO du DHHS à l'adresse suivante : 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011 ; 207-287-4289 (V) ; 207-287-1871(V) ; ou Maine Relay 711 (TTY). Les questions, préoccupations, plaintes ou demandes d'informations supplémentaires concernant l'ADA et les programmes, services ou activités peuvent être adressées au coordinateur ADA/droits civils du DHHS, à l'adresse suivante : 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011 ; 207-287-3707 (V) ; Maine Relay 711 (TTY) ; ou [ADA-CivilRights.DHHS@maine.gov](mailto:ADA-CivilRights.DHHS@maine.gov). Les plaintes relatives aux droits civils peuvent également être déposées auprès du ministère américain de la Santé et des Services sociaux, Bureau des droits civils, par téléphone au 800-368-1019 ou au 800-537-7697 (TDD) ; par courrier à l'adresse 200 Independence Avenue, SW, Room 509, HHS Building, Washington, D.C. 20201 ; ou par voie électronique à l'adresse <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Les personnes qui ont besoin d'aides auxiliaires pour communiquer efficacement dans le cadre des programmes et services du DHHS sont invitées à faire part de leurs besoins et préférences au coordinateur ADA/droits civils. Cet avis est disponible dans d'autres formats, sur demande.

# Formulaire J - Programme Ryan White Part B

## Demande de Remboursement de Copay



Date : \_\_\_\_\_

### 1. Informations sur le Client

Nom : \_\_\_\_\_ Ryan White ID : DHS

### 2. Demander des informations

Libellez votre chèque à l'ordre de : \_\_\_\_\_

Montant total demandé : \$ \_\_\_\_\_

Adresse pour le paiement :

Numéro de compte (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

### 3. Pièces jointes

Veuillez joindre le reçu de pharmacie détaillé avec le nom du médicament, le numéro d'ordonnance, la date de délivrance et le coût par médicament. C'est le reçu qui est généralement agrafé au sac de médicaments. Les reçus doivent être datés de moins de 90 jours.

### 4. Contrat client

Je comprends que tout remboursement des paiements effectués par le programme Ryan White Part B doit être reversé au Programme Ryan White Part B. Toutes les informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont véridiques.

\_\_\_\_\_  
Nom en Lettres Majuscules

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

#### Réservé à l'usage du bureau :

Date de Réception :

Date d'Achèvement :

Date d'Entrée :

Date de fin :

☐ Approuvé. ☐ Non approuvé. Raison :

Initiales du personnel :

Dernière mise à jour Avril 2023. Veuillez jeter les anciennes versions.