



DEMANDE DE COUVERTURE DE SOINS DE SANTÉ À TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Veillez lire au verso du formulaire d'importants renseignements sur l'inscription.

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date d'admiss.

Date de fin

SECTION A RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS (Écrire en caractères d'imprimerie)

- Est-ce que vous (ou les personnes à votre charge) avez déjà été inscrits au MCP? **Oui** **Non**
Si OUI, inscrivez sur une feuille séparée les anciens numéros du MCP (si vous les avez) de toutes les personnes que vous désirez inscrire.
- Quand êtes-vous arrivé à Terre-Neuve-et-Labrador? _____
- Pour quelle raison êtes-vous déménagé à Terre-Neuve-et-Labrador? **Travail** **Études** **Autre** _____
- Combien de temps avez-vous l'intention de demeurer à Terre-Neuve-et-Labrador? _____
- Parmi les personnes à inscrire, y a-t-il des membres : **des Forces canadiennes** **des Forces de l'OTAN** **de la GRC**
(Cochez la case appropriée, s'il y a lieu)
- Toutes les personnes à votre charge ont-elles déménagé avec vous à Terre-Neuve-et-Labrador? **Oui** **Non**
Si NON, veuillez fournir une explication _____
- Habitez-vous une autre région du Canada avant de déménager à Terre-Neuve-et-Labrador? **Oui** **Non**
Si OUI, quelle province ou quel territoire? _____
- Habitez-vous hors du Canada avant de déménager à Terre-Neuve-et-Labrador? **Oui** **Non**
Si OUI, quel pays? _____

SECTION B ADRESSE POSTALE

Rue/ Case postale		Ville/ Municipalité
Province	Code postal	Numéro de téléphone

SECTION C ÉTAT CIVIL

Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/>	Veuf (veuve) <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	Séparé(e) <input type="checkbox"/>	Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--

SECTION D INSCRIVEZ CI-DESSOUS VOTRE NOM ET CELUI DE TOUTES LES PERSONNES QUI PRÉSENTENT UNE DEMANDE DE COUVERTURE DE SOINS DE SANTÉ

(Utilisez une feuille séparée si vous manquez d'espace)

Nom	Tous les prénoms	Nom de jeune fille (s'il y a lieu)	Sexe (M/F)	Date de naissance (AA/MM/JJ)	Numéro d'assurance-maladie de la province où vous résidiez auparavant

SECTION E DÉCLARATION (Toute personne qui fournit de faux renseignements pour obtenir une couverture du régime d'assurance-soins médicaux (MCP) de Terre-Neuve-et-Labrador commet une infraction.)

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et que la (les) personne(s) mentionnée(s) dans le présent formulaire réside(nt) à Terre-Neuve-et-Labrador.

Signature

Date

Medical Care Plan

22 High Street, P.O. Box 5000
Grand Falls-Windsor, NL, Canada, A2A 2Y4
Téléphone : (709) 292-4000 Télécopieur : (709) 292-4052

Medical Care Plan

Belvedere Building, 57 Margaret's Place, P.O. Box 8700
St. John's, NL, Canada, A1B 4J6
Téléphone: (709) 758-1600 Télécopieur : (709) 758-1694

Sans frais : 1 800 563-1557

www.gov.nl.ca/mcp



DEMANDE DE COUVERTURE DE SOINS DE SANTÉ À TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

LISEZ ATTENTIVEMENT L'INFORMATION QUI SUIT AVANT DE REMPLIR LA DEMANDE DE COUVERTURE DE SOINS DE SANTÉ À TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

S'il s'agit de votre première demande d'inscription au régime d'assurance-soins médicaux (MCP) de Terre-Neuve-et-Labrador, veuillez remplir le présent formulaire. Si vous désirez seulement inscrire un nouveau-né ou un enfant adopté, vous n'avez à remplir que le Formulaire d'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté.

DOCUMENTS À PRÉSENTER AVEC VOTRE DEMANDE D'INSCRIPTION

Les demandeurs qui habitaient *une autre région du Canada* avant de déménager à Terre-Neuve-et-Labrador doivent joindre une copie de l'un des documents suivants comme preuve de leur citoyenneté canadienne :

- Carte d'assurance sociale
- Passeport canadien valide
- Certificat de naissance canadien
- Carte d'identité officielle du gouvernement fédéral ou document du gouvernement fédéral indiquant votre nom et votre numéro d'assurance sociale.

Les demandeurs qui habitaient à *l'extérieur du Canada* avant de déménager à Terre-Neuve-et-Labrador doivent joindre une copie des documents d'Immigration officiels de chacune des personnes à inscrire.

Nous nous réservons le droit d'exiger d'autres documents pour vérifier votre identité ou votre admissibilité. Veuillez consulter nos dépliants d'information ou communiquer avec notre bureau pour obtenir plus d'information concernant les documents que vous pourriez devoir présenter. Nous acceptons les documents originaux ou des photocopies de bonne qualité. Nous vous renverrons vos originaux lorsque votre demande aura été traitée.

DEMANDEURS INADMISSIBLES

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture offerte en vertu du MCP :

- les touristes, les itinérants et les visiteurs
- le personnel de la GRC, des Forces canadiennes ou des Forces de l'OTAN
- les détenus sous responsabilité fédérale
- les prétendants de refuge

PÉRIODE D'ATTENTE

Si vous habitez dans une autre province ou un autre territoire avant de déménager à Terre-Neuve-et-Labrador, vous êtes couvert par votre ancien régime jusqu'à la fin du mois au cours duquel vous êtes arrivé à Terre-Neuve-et-Labrador et pendant les deux mois subséquents. Compte tenu du temps nécessaire pour le transfert au MCP de votre couverture antérieure, nous vous conseillons de vous inscrire au MCP dès votre arrivée à Terre-Neuve-et-Labrador.

CARTES D'ASSURANCE-MALADIE

Si votre demande de couverture est acceptée, chacune des personnes inscrites sur la demande recevra un numéro d'identification et une carte du MCP. Conservez cette carte sur vous en tout temps et présentez-la chaque fois que vous aurez besoin de services médicaux. La carte d'un enfant devrait être conservée par un adulte pour éviter qu'elle ne se perde. Si votre carte est perdue, volée, endommagée ou détruite, communiquez avec le MCP. Vous trouverez aussi des formulaires de remplacement des cartes dans les bureaux de médecins et les hôpitaux de la province.

Les cartes du MCP sont gratuites.

IL EST IMPORTANT D'INFORMER LE MCP DE TOUT CHANGEMENT DE NOM, D'ADRESSE OU DE STATUT DE RÉSIDENT.