

VEUILLEZ INDIQUER LA RAISON POUR LAQUELLE VOUS REMPLISSEZ LE PRÉSENT QUESTIONNAIRE (cochez toutes les raisons qui s'appliquent)

- CARTE PERDUE OU VOLÉE
 CHANGEMENT DE NOM
 RENOUELEMENT DE LA COUVERTURE
 CHANGEMENT D'ADRESSE
 RÉSILIATION DE LA COUVERTURE
 PROLONGATION DE LA COUVERTURE POUR NON-CANADIENS
 INTENTION D'ÊTRE DONNEUR D'ORGANES ET DE TISSUS

DOCUMENTS À PRÉSENTER AVEC CE FORMULAIRE

- Changement de nom en raison d'un mariage : une copie de qualité du certificat de mariage.
- Changement de nom et prénom officiels : une copie de qualité du document attestant le changement de nom ou du certificat de naissance délivré par le gouvernement aux nouveaux nom et prénom officiels.
- Correction de date de naissance : certificat de naissance délivré par le gouvernement. Un certificat de baptême n'est pas acceptable.
- Changement de sexe : certificat de naissance délivré par le gouvernement attestant le changement de sexe.
- Prolongation de la couverture pour non-Canadiens : documents d'immigration à jour et lettre récente de l'université ou de l'employeur attestant l'inscription ou l'emploi pendant au moins un an.

LES SECTIONS 1 ET 2 DOIVENT ÊTRE REMPLIES PAR TOUS LES DEMANDEURS

SECTION 1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (en lettres moulées)

Numéro de carte du MCP	Nom	Prénom(s) (au complet)		Sexe (M / F)	Date de naissance (AAAA) (MM) (JJ)		
		Premier prénom	Deuxième prénom				

SECTION 2 ADRESSE POSTALE RÉSIDENTIELLE

Rue / C.P.	Municipalité	Province TNL	Code postal
Numéro de téléphone	Cellulaire	Courriel	

SECTION 3 CHANGEMENT DE NOM

Raison du changement	Nouveau nom (s'il y a lieu)	Nouveau(x) prénom(s) (s'il y a lieu)
----------------------	-----------------------------	--------------------------------------

SECTION 4 RÉSILIATION DE LA COUVERTURE

Raison de la résiliation	Date de la résiliation ou du départ	Nouveau pays ou nouvelle province d'accueil
--------------------------	-------------------------------------	---

SECTION 5 DÉCLARATION (à signer par les parents ou par le tuteur si le demandeur est âgé de moins de 16 ans)

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 donnés sont véridiques et que les personnes dont le nom figure sur le présent formulaire sont résidentes de Terre-Neuve-et-Labrador.

Signature du demandeur : _____ Date : _____

INTENTION D'ÊTRE DONNEUR D'ORGANES ET DE TISSUS - Toute personne nommée sur ce formulaire qui désire être donneur d'organes et de tissus peut apposer sa signature ci-dessous. Votre intention d'être donneur est appuyée par la *Human Tissue Act*.

Nom en lettres moulées	Signature	Nom en lettres moulées	Signature
Nom en lettres moulées	Signature	Nom en lettres moulées	Signature

ÉNONCÉ DE CONFIDENTIALITÉ

Le Régime d'assurance-soins médicaux de Terre-Neuve-et-Labrador (MCP) recueille des renseignements médicaux personnels en vertu de la *Medical Care Insurance Act, 1999*. Les renseignements médicaux personnels sont recueillis, utilisés, divulgués et conservés en conformité avec les dispositions de la *Personal Health Information Act (PHIA)*. Si vous avez des questions concernant la collecte ou l'utilisation de ces renseignements, veuillez vous adresser à nos bureaux. L'énoncé de confidentialité du ministère de la Santé et des Services communautaires se trouve au www.health.gov.nl.ca/health/PHIA.

Bureau de Grand Falls-Windsor

MCP, 22, rue High, C.P. 5000, Grand Falls-Windsor (TNL) A2A 2Y4
 Téléphone : 709-292-4000 Sans frais : 1-800-563-1557 Téléc. : 709-292-4052

Bureau de St. John's

MCP, 45 Major's Path, C.P. 8700, St. John's, TNL, A1B 4J6
 Téléphone : 709-758-1600 Sans frais : 1-866-449-4459 Téléc. : 709-758-1694