

**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 ☐ RENOUVELLEMENT 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.
- Afin de prolonger la couverture pour les non-Canadiens, des documents d'immigration à jour sont requis. Les étudiants internationaux doivent également fournir une lettre de leur établissement d'enseignement, datée dans les 30 jours suivant la soumission du présent formulaire, qui confirme leur inscription à temps plein pour une année. Les travailleurs internationaux doivent également fournir une lettre récente de leur employeur qui confirme leur emploi à temps plein.

**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 de famille | Prénom(s) (au complet) |                 | Sexe<br>(M / F) | Date de naissance<br>(AAAA) (MM) (JJ) |  |  |
|------------------------|----------------|------------------------|-----------------|-----------------|---------------------------------------|--|--|
|                        |                | Premier prénom         | Deuxième prénom |                 |                                       |  |  |
|                        |                |                        |                 |                 |                                       |  |  |
|                        |                |                        |                 |                 |                                       |  |  |
|                        |                |                        |                 |                 |                                       |  |  |
|                        |                |                        |                 |                 |                                       |  |  |
|                        |                |                        |                 |                 |                                       |  |  |

**SECTION 2 ADRESSE POSTALE RÉSIDENTIELLE**

|                     |              |                       |             |
|---------------------|--------------|-----------------------|-------------|
| Rue / C.P.          | Municipalité | Province<br><b>NL</b> | 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*.

|                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Signature électronique ou écrite | Signature électronique ou écrite |
| Signature électronique ou écrite | Signature électronique ou écrite |

**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 and Hospital Insurance Act*. 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](http://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