

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

VEUILLEZ LIRE LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS AVANT DE REMPLIR LE FORMULAIRE AU VERSO

- Vous devez remplir le présent formulaire si vous demandez une couverture en vertu du Régime d'assurance-soins médicaux de Terre-Neuve-et-Labrador (MCP).
- Si vous demandez une couverture pour un nouveau-né ou un enfant adopté, veuillez remplir le formulaire d'inscription des nouveau-nés et des enfants adoptés.
- Tous les formulaires se trouvent au www.gov.nl.ca/mcp et en communiquant avec le MCP à l'un des numéros indiqués au bas de cette page.
- Les cartes du MCP sont délivrées sans aucuns frais.

DOCUMENTS REQUIS POUR FAIRE UNE DEMANDE

Les **citoyens canadiens** qui s'installent à Terre-Neuve-et-Labrador doivent fournir un des documents suivants :

- Carte d'assurance sociale.
- Passeport canadien valide.
- Certificat de naissance délivré par le gouvernement (les certificats de baptême ou de consécration ne sont pas acceptés).
- Document du gouvernement fédéral sur lequel figurent votre nom et votre numéro d'assurance sociale (p. ex. Avis de cotisation de Revenu Canada).

Les **non-Canadiens** qui s'installent à Terre-Neuve-et-Labrador doivent fournir les documents suivants :

- Documents d'immigration valides pour au moins un an (p. ex. permis de travail, permis d'études, permis de visiteur).
- Passeport valide.
- Lettre de l'université ou de l'employeur (délivrée depuis votre arrivée à Terre-Neuve-et-Labrador) confirmant votre inscription à temps plein ou votre emploi pendant au moins un an.

OU

- Carte de résident permanent. (Une copie du recto et du verso de la carte est requise.)

D'autres documents pourraient être exigés par le MCP au moment de l'inscription afin de confirmer l'identité ou l'admissibilité au régime.

Les originaux ou des copies de bonne qualité des documents sont acceptés. Les documents originaux vous seront retournés après le traitement de votre demande. Le MCP n'assumera aucune responsabilité pour les documents originaux qui pourraient se perdre dans le courrier.

DEMANDEURS INADMISSIBLES

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles aux couvertures du MCP :

- Les touristes, les personnes en transit et les visiteurs.
- Les membres des Forces canadiennes ou de l'OTAN.
- Les détenus des établissements carcéraux fédéraux.
- Les titulaires ou les demandeurs du statut de réfugié.
- Les personnes qui s'installent à Terre-Neuve-et-Labrador pour une période de moins d'un an.

PÉRIODE D'ATTENTE

Les personnes qui s'installent en permanence à Terre-Neuve-et-Labrador en provenance d'une autre province ou d'un autre territoire demeurent couvertes par leur régime précédent pour le reste du mois de leur arrivée à Terre-Neuve-et-Labrador et pour deux mois additionnels. Afin d'assurer une transition en douceur entre le régime précédent et le MCP, vous devriez déposer votre demande d'inscription au MCP dès votre arrivée à Terre-Neuve-et-Labrador.

CARTES D'ASSURANCE-MALADIE

Chaque personne admissible dont le nom figure sur le formulaire de demande recevra une carte et un numéro d'identité du MCP. Gardez cette carte sur vous en tout temps et présentez-la chaque fois que vous avez besoin de soins médicaux. Si votre carte est perdue, volée, endommagée ou détruite, communiquez avec le MCP. Des formulaires de remplacement de carte du MCP se trouvent dans les bureaux de médecins et les hôpitaux de la province.

INTENTION D'ÊTRE DONNEUR D'ORGANES ET DE TISSUS

Votre intention d'être donneur d'organes et de tissus est appuyée par la *Human Tissue Act*. Vous pouvez déclarer votre intention d'être donneur en apposant votre signature dans l'espace prévu au verso.

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

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

SECTION A RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS SUIVANTES (en lettres moulées) (voir au recto pour la documentation requise)

- Vous-même ou vos personnes à charge avez-vous déjà été inscrits au MCP? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, veuillez indiquer sur une feuille séparée les anciens numéros du MCP (si disponibles) de toutes les personnes à inscrire.
- Quand avez-vous, vous et/ou vos personnes à charge, déménagé à Terre-Neuve-et-Labrador?
- Déménagez-vous à Terre-Neuve-et-Labrador à partir d'une autre région du Canada? ☐ Oui - Province/territoire _____ ☐ Non
- Déménagez-vous à Terre-Neuve-et-Labrador en provenance d'un autre pays? ☐ Oui - Pays _____ ☐ Non
- Êtes-vous déménagé à Terre-Neuve-et-Labrador en permanence? ☐ Oui ☐ Non – durée prévue du séjour _____
- Pourquoi êtes-vous déménagé à Terre-Neuve-et-Labrador? ☐ Travail ☐ Études ☐ Médecine Internat/résidence ☐ Autre _____
- Toutes vos personnes à charge s'installent-elles avec vous à Terre-Neuve-et-Labrador? ☐ Oui ☐ Non - expliquez _____
- Parmi les demandeurs mentionnés dans ce formulaire, y a-t-il des membres : ☐ des Forces canadiennes ☐ de l'OTAN ☐ de la réserve
Nom(s) du (des) demandeur(s) _____

SECTION B ADRESSE POSTALE RÉSIDENTIELLE

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

SECTION C ÉTAT CIVIL – Si le conjoint (en droit ou de fait) n'est pas déjà inscrit, il doit s'inscrire maintenant

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

SECTION D INDIQUEZ CI-DESSOUS LE NOM DE TOUTES LES PERSONNES À INSCRIRE AU RÉGIME (joindre une feuille séparée au besoin)

Nom	Prénom(s) (au complet)		Nom de jeune fille à la naissance (s'il y a lieu)	Sexe (M / F)	Date de naissance			N° du régime provincial antérieur (s'il y a lieu)
	(Premier prénom)	(Deuxième prénom)			(AAAA)	(MM)	(JJ)	

SECTION E 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.

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