

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.
- Il n'y a aucuns frais pour s'inscrire au MCP ou obtenir les cartes MCP.

DOCUMENTS REQUIS POUR FAIRE UNE DEMANDE (Soumettre des copies lisibles seulement. Ne pas soumettre les documents originaux à moins d'indication contraire.)

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

- Passeport canadien valide ou preuve de citoyenneté canadienne délivrée par le gouvernement.
- Certificat de naissance délivré par une province ou un territoire du Canada (les certificats de baptême ou de consécration ne sont pas acceptés).

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

- Documents d'immigration délivrés par IRCC (p. ex. permis de travail, permis d'études, permis de visiteur).
- Passeport valide. (Copie de la section d'identification seulement.)
- Pour les **étudiants internationaux**: Lettre (envoyée après votre arrivée à Terre-Neuve-et-Labrador et datée dans les 30 jours suivant la soumission du présent formulaire) de votre établissement d'enseignement qui confirme votre inscription à temps plein.
- Pour les **travailleurs internationaux**: Lettre (envoyée après votre arrivée à Terre-Neuve-et-Labrador et datée dans les 30 jours suivant la soumission du présent formulaire) de votre employeur qui confirme votre emploi à temps plein.

OU

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

Le personnel du MCP peut demander que des documents supplémentaires ou originaux des éléments énumérés ci-dessus soient présentés, s'il le juge nécessaire.

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 personnes qui s'installent à Terre-Neuve-et-Labrador pour une période de moins d'un an, sauf autorisation contraire conformément aux critères du MCP.

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 du Canada 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 en ligne et dans les cabinets 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.

SIGNATURE

Le présent formulaire doit être signé par le demandeur à la section 6. (Si le demandeur est âgé de moins de 16 ans, un parent ou tuteur doit le signer.)

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

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

SECTION 1 **INDIQUEZ CI-DESSOUS VOTRE NOM ET LE NOM DE TOUTES LES PERSONNES À VOTRE CHARGE À INSCRIRE AU RÉGIME** (Joindre une feuille séparée au besoin.)

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

SECTION 2 **ADRESSE POSTALE RÉSIDENTIELLE**

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

SECTION 3 **ÉTAT CIVIL** – Si le conjoint (en droit ou de fait) n'est pas déjà inscrit, il doit aussi 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 4 **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? (AAAA/MM/JJ) _____
- 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
- Pourquoi êtes-vous déménagé à Terre-Neuve-et-Labrador? Travail Études Autre
- Pendant combien de temps avez-vous l'intention de vivre à Terre-Neuve-et-Labrador? _____
- 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 (à temps partiel)?
Nom(s) du (des) demandeur(s) _____

SECTION 5 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*. Si vous signez ci-dessous, inscrivez aussi votre nom en lettres moulées.

Signature électronique ou écrite et nom en lettres moulées	Signature	Signature électronique ou écrite et nom en lettres moulées	Signature
Signature électronique ou écrite et nom en lettres moulées	Signature	Signature électronique ou écrite et nom en lettres moulées	Signature

SECTION E **DÉCLARATION** (Cette demande ne sera pas traitée si la section ci-dessous n'est pas remplie. Voir les consignes au verso.)

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 je suis la personne nommée sur le formulaire et 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. Mon nom dactylographié sur le formulaire est reconnu comme ma signature électronique au lieu de ma signature écrite.

Signature électronique ou écrite du demandeur : _____ Date : _____

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*. 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 notre bureau.