

RÉINSCRIPTION AU **mcp**

Résidents de Terre-Neuve-et-Labrador

SECTION A **ADRESSE**

Rue		Ville	
Province	Code postal	Numéro de téléphone	

SECTION B **ADRESSE POSTALE (seulement si elle est différente de celle indiquée ci-dessus)**

Rue / C.P.		Ville	
Province	Code postal	Numéro de téléphone	

SECTION C **NOMS DE TOUTES LES PERSONNES RÉSIDANT À CETTE ADRESSE (si vous manquez d'espace, utilisez une autre page)**

Numéro MCP	Nom de famille	Prénom(s)	Nom de jeune fille (s'il y a lieu)	Sexe		Date de naissance (AAAA / MM / JJ)	Numéro d'assurance sociale (si disponible)	Temporairement absent de Terre-Neuve-et-Labrador	
				H	F			Oui	Non
1.									
Cette personne est membre : <input type="checkbox"/> des Forces canadiennes <input type="checkbox"/> des forces de l'OTAN <input type="checkbox"/> de la GRC									
2.									
Cette personne est membre : <input type="checkbox"/> des Forces canadiennes <input type="checkbox"/> des forces de l'OTAN <input type="checkbox"/> de la GRC									
3.									
Cette personne est membre : <input type="checkbox"/> des Forces canadiennes <input type="checkbox"/> des forces de l'OTAN <input type="checkbox"/> de la GRC									
4.									
Cette personne est membre : <input type="checkbox"/> des Forces canadiennes <input type="checkbox"/> des forces de l'OTAN <input type="checkbox"/> de la GRC									
5.									
Cette personne est membre : <input type="checkbox"/> des Forces canadiennes <input type="checkbox"/> des forces de l'OTAN <input type="checkbox"/> de la GRC									

En signant ci-dessous, vous certifiez que toutes les personnes dont le nom est indiqué sur le formulaire de réinscription sont des résidents de Terre-Neuve-et-Labrador et que vous acceptez les conditions figurant au verso.

Signature: _____

Date: _____

RÉINSCRIPTION AU **mcp**

Conditions

1. La loi sur l'assurance-soins médicaux de Terre-Neuve-et-Labrador (*Newfoundland and Labrador Medical Care Insurance Act*) définit le résident comme une personne domiciliée et résidant habituellement dans la province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.
2. Le bureau du MCP se réserve le droit d'exiger d'autres documents pour vérifier votre admissibilité.
3. Le bureau du MCP se réserve le droit de procéder à une enquête et d'obtenir des renseignements de toute personne, par tout moyen raisonnable qu'il estime nécessaire, afin de déterminer et vérifier l'admissibilité au régime d'assurance-soins médicaux des personnes nommées au présent formulaire.
4. Tout fournisseur de soins de santé payé par le bureau du MCP peut communiquer des renseignements sur les personnes nommées au présent formulaire à la demande du bureau du MCP concernant les remboursements, la confirmation de l'admissibilité et aux fins de vérification.

Changement d'adresse

À Terre-Neuve-et-Labrador

Si vous, ou une autre personne dont le nom est indiqué sur le présent formulaire, déménagez après avoir soumis le formulaire, veuillez communiquer avec le bureau du MCP afin de mettre à jour votre dossier. Votre nouvelle adresse est nécessaire pour l'envoi des renseignements concernant l'inscription avant la date d'expiration qui figure sur votre nouvelle carte.

Absence temporaire de la province (étudiants / travailleurs à contrat)

Si vous, ou une autre personne dont le nom est indiqué sur le présent formulaire, vous absentez temporairement pour les études ou le travail, vous devez obtenir un certificat de couverture hors province. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec le bureau du MCP.

Absence permanente de la province

Si vous, ou une autre personne dont le nom est indiqué sur le présent formulaire, vous absentez et prévoyez être absent pendant une période prolongée, vous devez vous inscrire au régime d'assurance-maladie de votre nouvelle province. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec le bureau du MCP.

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
Sans frais : 1-800-563-1557

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 : 1-866-449-4459

Courriel : mcpregistration@gov.nl.ca
www.gov.nl.ca/mcp