

Carte d'assurance-maladie de la Saskatchewan

Changement d'adresse ou demande de remplacement de carte

i Changement d'adresse et/ou demande de remplacement d'une carte d'assurance maladie de la Saskatchewan

Qui devrait utiliser ce formulaire? Les résidents de la Saskatchewan qui :

- ont une carte d'assurance-maladie de la Saskatchewan et qui ont emménagé à une adresse différente;
- demandent le remplacement d'une carte d'assurance-maladie.

Puis-je faire un changement en ligne? Oui, pour faire un changement, consultez : www.ehealthsask.ca/HealthRegistries/Pages/update-info.aspx

Pourquoi faut-il mettre à jour mon adresse? Il est important que vos renseignements personnels figurant au registre provincial de la santé soit exacts afin de traiter rapidement vos réclamations.

Ne pas mettre à jour les renseignements nécessaires à votre inscription peut entraîner la suspension de vos prestations de soins de santé.

Puis-je faire un changement d'adresse pour tous les membres de la famille?

Vous pouvez faire un changement d'adresse pour vous-même, votre époux/conjoint et vos personnes à charge de moins de 18 ans qui vivent avec vous.

Qu'arrivera-t-il si je ne mets pas à jour mon adresse pour ma carte

d'assurance-maladie? Si vous omettez de mettre à jour votre adresse, votre protection santé pourrait être révoquée. Si elle est révoquée pendant plus d'un an, vous pourriez avoir à fournir une preuve de résidence ou à remplir une autre demande.

Section A. Renseignements personnels du demandeur

Renseignements sur le demandeur	Coordonnées du demandeur
Numéro de carte d'assurance-maladie : _____ Mon nom de famille : _____ Mon prénom : _____ Autre(s) prénom(s) : _____ Ma date de naissance : _____ <small>AAAA-MM-JJ</small> Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin État matrimonial : <input type="checkbox"/> Jamais marié(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf ou veuve	<p>* au moins un numéro de téléphone est requis</p> Mon numéro de cellulaire : _____ Mon numéro de téléphone résidentiel : _____ Mon numéro de téléphone au travail : _____ Mon adresse courriel : _____ _____ Remplacer la carte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non La carte a été : <input type="checkbox"/> Perdue <input type="checkbox"/> Volée <input type="checkbox"/> Endommagée

Section B. Renseignements personnels sur votre époux ou conjoint

Renseignements sur votre époux ou conjoint	Coordonnées de l'époux ou du conjoint
Numéro de carte d'assurance-maladie : _____ Nom de famille : _____ Prénom : _____ Autre(s) prénom(s) : _____ Date de naissance : _____ <small>AAAA-MM-JJ</small> Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin État matrimonial : <input type="checkbox"/> Jamais marié(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf ou veuve	<p>* au moins un numéro de téléphone est requis</p> Numéro de cellulaire : _____ Numéro de téléphone résidentiel : _____ Numéro de téléphone au travail : _____ Mon adresse courriel : _____ _____ Remplacer la carte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non La carte a été : <input type="checkbox"/> Perdue <input type="checkbox"/> Volée <input type="checkbox"/> Endommagée

Veillez indiquer tous les renseignements requis.

Carte d'assurance-maladie de la Saskatchewan

Changement d'adresse ou demande de remplacement de carte

Section C. Renseignements personnels sur toute personne à charge

(Si vous avez plus de quatre personnes à charge, veuillez ajouter leurs renseignements personnels en annexant une feuille à ce formulaire.)

Renseignements sur la première personne à charge

Numéro de la carte d'assurance-maladie : _____
 Nom de famille : _____
 Prénom : _____
 Autre(s) prénom(s) : _____
 Date de naissance : _____
AAAA-MM-JJ

Sexe : Masculin Féminin

Remplacer la carte? Oui Non
 La carte a été : Perdue Volée Endommagée

Renseignements sur la deuxième personne à charge

Numéro de la carte d'assurance-maladie : _____
 Nom de famille : _____
 Prénom : _____
 Autre(s) prénom(s) : _____
 Date de naissance : _____
AAAA-MM-JJ

Sexe : Masculin Féminin

Remplacer la carte? Oui Non
 La carte a été : Perdue Volée Endommagée

Renseignements sur la troisième personne à charge

Numéro de la carte d'assurance-maladie : _____
 Nom de famille : _____
 Prénom : _____
 Autre(s) prénom(s) : _____
 Date de naissance : _____
AAAA-MM-JJ

Sexe : Masculin Féminin

Remplacer la carte? Oui Non
 La carte a été : Perdue Volée Endommagée

Renseignements sur la quatrième personne à charge

Numéro de la carte d'assurance-maladie : _____
 Nom de famille : _____
 Prénom : _____
 Autre(s) prénom(s) : _____
 Date de naissance : _____
AAAA-MM-JJ

Sexe : Masculin Féminin

Remplacer la carte? Oui Non
 La carte a été : Perdue Volée Endommagée

Section D. Renseignement sur l'adresse

Nouvelle adresse

J'ai déménagé le : _____
AAAA-MM-JJ

Ma nouvelle adresse postale : _____
Rue _____
Ville/Village _____ Province _____ Code postal _____

** Votre changement d'adresse sera effectué à cette date

Nouvelle adresse de ma résidence : _____
Rue _____ Ville/Village _____
Province _____ Code postal _____ OU _____
Situé (1/4 de section, section, canton, Rang, W-)

Ancienne adresse

_____ Rue _____ Ville/Village _____
 _____ Province _____ Code postal _____ OU _____
 _____ Situé (1/4 de section, section, canton, Rang, W-)

Veillez indiquer tous les renseignements requis.

Carte d'assurance-maladie de la Saskatchewan

Changement d'adresse ou demande de remplacement de carte

Section E. Déclarations

Important: Le demandeur et son époux ou conjoint (le cas échéant) doivent tous deux signer la présente déclaration afin que nous puissions traiter le changement.

Déclaration du demandeur

J'atteste que je suis un(e) résident(e) de la Saskatchewan et déclare que tous les renseignements fournis concernant ce changement sont vrais et exacts. Je comprends que le fait de volontairement fournir de faux renseignements constitue une infraction. Je comprends également que les renseignements donnés pour effectuer un changement peuvent être utilisés pour l'administration d'autres programmes du gouvernement de la Saskatchewan.

_____ Nom (en caractères d'imprimerie)	X _____ Signature	_____ AAAA-MM-JJ
---	-------------------------	---------------------

Déclaration de l'époux (épouse) ou du conjoint (conjointe)

J'atteste que je suis un(e) résident(e) de la Saskatchewan et déclare que tous les renseignements fournis concernant ce changement sont vrais et exacts. Je comprends que le fait de volontairement fournir de faux renseignements constitue une infraction. Je comprends également que les renseignements donnés pour effectuer un changement peuvent être utilisés pour l'administration d'autres programmes du gouvernement de la Saskatchewan.

_____ Nom (en caractères d'imprimerie)	X _____ Signature	_____ AAAA-MM-JJ
---	-------------------------	---------------------

Important

-  • Avez-vous signé la déclaration ci-dessus?
- Avez-vous inclus dans votre demande votre époux/conjoint et toutes vos personnes à charge de moins de 18 ans qui demeurent avec vous?

Veillez envoyer votre formulaire rempli à l'adresse suivante :

Cybersanté (eHealth) Saskatchewan
Registres de santé
2130, 11th Avenue
Regina SK S4P 0J5

1-800-667-7551 (sans frais, uniquement dans la province)
306-787-3251 (région de Regina, ou si vous téléphonez de l'extérieur de la Saskatchewan)
Télec. : 306-787-8951

Veillez indiquer tous les renseignements requis.