Reset Form

Health PEI

Santé Î.-P.-É.

Request for Replacement of Health Card

•

Demande de remplacement de la carte-santé

PO Box 3000
126 Douses Road, Montague
Prince Edward Island, C0A 1R0 Canada
Telephone: (902) 838-0900 / 1-800-321-5492
Fax: (902) 838-0940

Please print all information clearly.
Complete in full and return to above address.

C.P. 3000
126, chemin Douses, Montague
Île-du-Prince-Édouard, C0A 1R0 Canada
Téléphone : (902) 838-0900 / 1-800-321-5492
Télécopieur : (902) 838-0940

Prière d'écrire clairement en lettres moulées.
Veuillez remplir en entier et renvoyer à l'adresse ci-dessus.

Please Indicate Reason for Replacement
Veuillez Indiquer La Raison du Remplacement

○ Incorrect Data • *Données incorrectes* ○ Marriage/Name Change • *Mariage/changement de nom*

○ Other, Please Explain • *Autre raison, veuillez expliquer* _____

Please note there is a $10.00 charge for a replacement card, with a maximum of $50.00 per household, for replacement cards issued for any reason other than Incorrect Data, or Marriage/Name Change.
Des frais de 10 $ sont exigés pour une carte de remplacement, jusqu'à concurrence de 50 $ par foyer, lorsque des cartes sont émises pour des raisons autres que des données incorrectes ou un mariage/changement de nom.

Please make cheque or money order payable to Health PEI. • ***Veuillez faire le chèque ou le mandat à l'ordre du Santé Î.-P.-É.***

Name of Applicant • *Nom du demandeur*	Birth Date • *Date de naissance*		
	Day • *Jour*	Month • *Mois*	Yr. • *Année*
Name after Marriage • *Nom après le mariage*	Personal Health Number • *Numéro de la carte-santé*		
Address (include postal code) • *Adresse (y compris le code postal)*			
Telephone No. • *Téléphone*	Date of Marriage (if applicable) • *Date du mariage (s'il y a lieu)*		
	Day • *Jour*	Month • *Mois*	Yr. • *Année*
Spouse (surname, first name, initials) • *Conjoint(e) (nom, prénom, initiales)*	Birth Date • *Date de naissance*		
	Day • *Jour*	Month • *Mois*	Yr. • *Année*
Resident of Prince Edward Island • *Résident de l'Île-du-Prince-Édouard*	Personal Health Number • *Numéro de la carte-santé*		

Additional Members of Family • *Autres membres de la famille*

Name *Nom*	Date of Birth *Date de naissance*	Personal Health Number *Numéro de la carte-santé*	Marital Status *Situation de famille*

Signature _____ _____ | _____ | _____
Day • *Jour* Month • *Mois* Yr. • *Année*

Personal information on this form is collected under Section 8 (Registration of Entitled Persons) of Prince Edward Island's Health Services Payment Act (Regulations) and will be used to ensure a resident's entitlement in respect to basic health services. If you require additional information, please contact Medicare Services, 126 Douses Road, Montague, PE C0A 1R0, 1-800-321-5492. • Les renseignements personnels apparaissant sur le présent formulaire sont recueillis en vertu de l'article 8 (Inscription des personnes autorisées) de la Health Services Payment Act de l'Île-du-Prince-Édouard et de ses règlements, et ils seront utilisés pour assurer le droit d'un résident aux services de santé de base. Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec Medicare Services, 126, chemin Douses, Montague (Î.-P.-É.) C0A 1R0, 1-800-321-5492.

12HPE15-35532