

## Avis Final

Madam, Monsieur,

**Le gouvernement de l'Ontario est en voie d'éliminer les cartes Santé rouge et blanc afin de réduire le risque de fraudes dans le domaine de la santé. Ces cartes ne seront plus valides à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020.**

Ceci est votre **dernier avis** concernant le remplacement de votre carte Santé rouge et blanc par la carte Santé avec photo, laquelle est plus sécuritaire. Grâce à ses caractéristiques de sécurité avancées, la carte Santé avec photo contribue à la protection de notre système de santé publique. La mise à jour de votre carte est gratuite.

**À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020, vous ne pourrez plus avoir accès aux services de soins de santé couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario si vous présentez votre carte Santé rouge et blanc.** Ces services pourraient vous être facturés jusqu'à ce que vous confirmiez votre admissibilité à l'Assurance-santé et obteniez votre carte Santé avec photo. Lorsque vous aurez en main votre carte Santé avec photo, présentez-la à votre fournisseur de soins de santé et demandez un remboursement des frais payés pour les services assurés.

Pour vous assurer de recevoir à temps votre carte Santé avec photo, veuillez remplir et signer le formulaire au verso du présent avis. Apportez le formulaire et votre carte Santé rouge et blanc actuelle avec un document original de chaque liste ci-dessous ;

- Preuve de citoyenneté ou statut d'immigrant
- Preuve de résidence en Ontario
- Preuve d'identité

Tous les documents doivent être des **originaux**. Les factures ou documents électroniques photocopies ou imprimés ne sont pas acceptés.

\* Si vous devez modifier votre **nom de famille** sur votre nouvelle carte Santé avec photo, présentez un document de changement de nom, comme un certificat de mariage ou de divorce.

Pour une liste des centres ServiceOntario où il est possible d'obtenir une carte Santé avec photo, visitez : **[ontario.ca/fr/page/passez-la-carte-sante-avec-photo](http://ontario.ca/fr/page/passez-la-carte-sante-avec-photo)**

Vous pouvez obtenir un rendez-vous dans certains centres. Il est possible de composer le numéro sans frais : 1 866 989-9399 (ATS : 1 800 387-5559).

Vous pouvez sauver des vies en vous inscrivant pour donner votre consentement en vue d'un don d'organes et de tissus. Inscrivez-vous à **[soyezundonneur.ca](http://soyezundonneur.ca)** ou lorsque vous vous présenterez en personne dans un centre ServiceOntario.

**Health Card Reregistration**  
**Réinscription pour obtenir la Carte Santé**

Mailing address / Adresse postale	Mailing address changes / Nouvelle adresse postale	
Residential address / Adresse domiciliaire	Residential address changes / Nouvelle adresse domiciliaire	
Date of birth / Date de naissance  YYYY/AAAA - MM/MM - DD/JJ	Health Number / No. de carte Santé  _ _ _ _ _	Sex / Sexe

**I confirm that:**

- I make and intend to continue making Ontario my primary place of residence
- I will be physically present in Ontario for at least 153 days in any twelve-month period to retain my OHIP coverage
- The information I have provided on this form, and in the documents I have provided, is true and accurate.

**Je confirme que :**

- L'Ontario est et continuera d'être mon lieu de résidence habituel.
- Je serai physiquement présent(e) en Ontario pendant au moins 153 jours au cours de toute période donnée de 12 mois pour demeurer admissible à l'Assurance-santé.
- Les renseignements que j'ai fournis sur la présente formule et dans les documents exigés sont véridiques et exacts.

**I understand that:**

- If there is a change in my name, address, citizenship or immigration status, I will tell the Ministry of Health and Long-Term Care or its agent, ServiceOntario, within 30 days.
- It is an offence to knowingly provide false information in, or in relation to, this application.

**Je comprends que :**

- En cas de changement à mon nom, mon adresse, ma citoyenneté ou mon statut d'immigrant, j'aviserai dans les 30 jours le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou bien son agent, ServiceOntario.
- Le fait de fournir sciemment des renseignements erronés dans ma demande ou relativement à ma demande constitue une infraction.

Name / Nom (please print / en lettres moulées)	Telephone (home) / Téléphone (maison)  (       )	Work or other telephone no. No. de téléphone au travail ou ailleurs  (       )
Signature of / Signature <input type="checkbox"/> applicant / de l'auteur de la demande <input type="checkbox"/> parent / du père, ou de la mère, <input type="checkbox"/> guardian / du tuteur ou de la tutrice <b>X</b> _____ <input type="checkbox"/> power of attorney / du mandataire d'une procuration		Date

This information may be verified using information from government and non-government organizations as permitted by law. The Ministry of Health and Long-Term Care and/or its agent ServiceOntario may verify your residence status and any information you have given on this form and in the documents you have provided.

Ces renseignements peuvent être vérifiés à l'aide de renseignements provenant du gouvernement et d'organismes non gouvernementaux si la loi l'autorise. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et/ou bien son agent ServiceOntario peut vérifier votre résidence actuelle et les renseignements fournis sur la présente formule et dans les documents exigés.

Collection of the personal health information on this form is for assessment and verification of eligibility for Ontario health insurance coverage, or related programs, health planning and research, and the administration of the *Health Insurance Act* and the *Ontario Drug Benefit Act*. The information may be used and disclosed in accordance with the *Personal Health Information Protection Act, 2004*, and as set out by the "Ministry of Health and Long-Term Care Statement of Information Practices" which may be accessed at [www.health.gov.on.ca](http://www.health.gov.on.ca). I understand that I may withhold my consent to the collection of this information; but that doing so may interfere with the provision of my Ontario health insurance coverage. For more information, please call ServiceOntario INFOLine at 1 800 268-1154.

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont réunis aux fins d'évaluation et de vérification de l'admissibilité à l'Assurance-santé de l'Ontario, ou aux programmes annexes, de planification et recherche en matière de santé, ainsi que d'administration de la *Loi sur l'assurance-santé* et de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*. Ces renseignements peuvent être utilisés et divulgués en conformité avec la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* et la *Déclaration concernant les pratiques en matière d'information* du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui se trouve dans le site Web [www.health.gov.on.ca](http://www.health.gov.on.ca). Je comprends que je peux refuser de consentir à fournir ces renseignements, mais que cela peut avoir des conséquences sur la couverture dont je bénéficie dans le cadre de l'Assurance-santé de l'Ontario. Pour obtenir d'autres renseignements, veuillez composer le 1 800 268-1154 (ligne INFO de ServiceOntario).

<b>Ministry use only / Réserve au ministère</b>			Health number			Version code	Date	P. Clerk number	Initials
Cit	Name on document				Cit type	Effective date		End date	
	Document type	Issued by			Document number				Client ID
Res	Document type	Document source	HL	Id.	Document type	Document source	HL	Organ donor	Exemptions A    P    S