

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.

• Demande de remplacement de la carte-santé

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

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

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

Name <i>Nom</i>	Date of Birth <i>Date de naissance</i>	Personal Health Number <i>Numéro de la carte-santé</i>	Marital Status <i>Situation de famille</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Signature _____

Day • *Jour* Month • *Mois* Yr. • *Année*