

**REQUEST FOR TEMPORARY
OUT-OF-PROVINCE BENEFITS
(FOR ABSENCES EXCEEDING
THREE MONTHS)**

**DEMANDE DE SERVICES POUR LES
PERSONNES RÉSIDANT
TEMPORAIREMENT À L'EXTÉRIEUR DE LA
PROVINCE (PENDANT PLUS DE TROIS MOIS)**

Manitoba Health
300 Carlton Street
Winnipeg MB R3B 3M9
(204) 786-7101 Fax (204) 783-2171
Toll free 1-800-392-1207
T.D.D. (Hearing Impaired) (204) 774-8618
Confidential Health Care Fraud Line (204) 786-7118
Toll free fax 1-866-608-2983
Web site: www.manitoba.ca
Email: insuredben@gov.mb.ca

Santé Manitoba
300, rue Carlton
Winnipeg MB R3B 3M9
(204) 786-7101 Téléc.: (204) 783-2171
Sans Frais 1-800-392-1207
ATME (Malentendus): (204) 774-8618
Ligne confidentielle de dénonciation - domaine de la santé
Téléc. sans frais 1-866-608-2983
Site Web: www.manitoba.ca
Courriel: insuredben@gov.mb.ca

This form when completed requests out-of-province benefits in accordance with the regulations under *The Health Services Insurance Act of Manitoba* and, where applicable, pursuant to the *Prescription Drug Cost Assistance Act*, for the person or persons listed. This request is subject to the approval of Manitoba Health.

En vertu des règlements pris en application de la Loi sur l'assurance-maladie et, le cas échéant, de la Loi sur l'aide à l'achat de médicaments sur ordonnance, cette formule, une fois remplie, autorise la ou les personnes dont les noms apparaissent ci-dessous à obtenir des services à l'extérieur de la province. Cette demande est toutefois sujette à l'approbation de Santé Manitoba.

Please print
Veuillez écrire en lettres moulées

Name: _____ Telephone No.: _____
Nom : _____ N° de téléphone : _____

Present Address: _____
Adresse actuelle : _____

Postal Code: _____ Email: _____
Code Postal : _____ Courriel : _____

Manitoba Health Registration No.: _____ Personal Health ID No.: _____
N° d'immatriculation à Santé Manitoba : _____ N° d'identification personnelle : _____

**INFORMATION REGARDING TEMPORARY ABSENCE FROM PROVINCE
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PERSONNES RÉSIDANT TEMPORAIREMENT À L'EXTÉRIEUR DE LA
PROVINCE**

Reason for Request: Vacation Employment Humanitarian Aid Worker
Raison de la demande : Vacances _____ Emploi _____ Travailleur humanitaire _____

Do you wish to receive a Temporary Out-of-Province Registration Certificate to ensure uninterrupted coverage during your stay outside the province (and limited coverage for out-of-country medical and hospital service), or for third party insurance purposes? Yes _____ No _____
Souhaitez-vous recevoir un Certificat d'immatriculation hors province temporaire afin que votre couverture ne soit pas interrompue pendant votre séjour à l'extérieur de la province (et que vous puissiez bénéficier d'une couverture limitée pour des services médicaux ou hospitaliers à l'extérieur du pays), ou pour des besoins d'assurance de responsabilité civile? Oui _____ Non _____

Do you wish to apply for up to an additional 100 day supply of medications for out-of-country travel? Yes _____ No _____
Souhaitez-vous faire une demande pour obtenir jusqu'à 100 jours supplémentaires de médicaments pour la période où vous serez à l'étranger? Oui _____ Non _____
(Absence must be outside Canada and greater than 100 days /
Absence doit être à l'extérieur du Canada et pour une période de plus de 100 jours.)

Names of spouse/dependents who will be temporarily absent from Manitoba:
Noms du/de la conjoint/e et/ou des personnes à charge qui résideront temporairement à l'extérieur de la province:

First Name/Prénom PHIN/NIMP

☐

Please check box if spouse/dependants requires up to an additional 100 day supply of medications for out of country travel.

☐

Veuillez cocher la case correspondante si le/la conjoint/e ou les personnes à charge ont besoin d'une réserve allant jusqu'à 100 jours supplémentaires de médicaments pour la période où vous serez à l'étranger.

☐

Temporary address outside Manitoba:

Adresse temporaire à l'extérieur du Manitoba : _____

Postal Code/Code Postal

Telephone No./N° de téléphone

I (We) will be temporarily absent from Manitoba Effective:

Nous résiderons temporairement à l'extérieur du Manitoba à partir du :

Day/Jour Month/ Mois Year/Année

I (We) will be returning to Manitoba Effective:

Nous serons de retour au Manitoba le :

Day/Jour Month/ Mois Year/Année

I certify that the above information is correct.

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Signature

Date

**FOR MANITOBA HEALTH/
ESPACE RÉSERVÉ À SANTÉ MANITOBA**

Comments/Remarques :

Request approved:

Demande approuvée : _____ Yes/Oui _____ No/Non

Signature

Date

"The purpose for which this information is being collected is to enable Manitoba Health to provide you with health coverage and/or service. If you require any further information about the collection of this information, please do not hesitate to contact a Manitoba Health representative at 786-7101."

"Ces renseignements sont demandés pour permettre à Santé Manitoba de vous offrir des services de santé ou une assurance-maladie. Si vous avez besoin d'autres renseignements au sujet de cette collecte, n'hésitez pas à communiquer avec un représentant de Santé Manitoba au 786-7101."