

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

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



Manitoba Health 300 Carlton Street
Winnipeg MB
R3B 3M9
Insured Telephone: (204) 786-7101
Benefits Fax: (204) 783-2171
Branch

Santé Manitoba 300, rue Carlton
Winnipeg MB
R3B 3M9
Direction Téléphone : (204) 786-7101
des services Télécopieur : (204) 783-2171
assurés

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 : _____

Manitoba Health Registration No.: _____ Postal Code/Code postal
N° d'immatriculation à Santé Manitoba : _____

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

Reason for Request: Vacation _____ Employment _____ Education _____
Raison de la demande : Vacances _____ Emploi _____ Études _____

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 _____

Names of dependants who will be temporarily absent from Manitoba/Noms des personnes à charge
qui résideront temporairement à l'extérieur de la province :

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

Veuillez cocher la case correspondante si la
personne à charge a besoin d'une réserve
allant jusqu'à 100 jours supplémentaires de
médicaments pour la période où vous serez
à l'étranger.

Over/Verso

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 USE ONLY/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.»