

**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

Veillez 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.

Veillez 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.»