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:

Manitoba health registration number: 460333940

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 (Malentendents): (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 réglements 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 :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº de téléphone :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Present Address: Addresse actuelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postal Code: Email: Code Postal :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Courriel :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Manitoba Health Registration No.: Personal Health ID No.: Nº d’immatriculation à Santé Manitoba : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº d’identification personnelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INFORMATION REGARDING TEMPORARY ABSENCE FROM PROVINCE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PERSONNES RÉSIDANT TEMPORAIREMENT À L’EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE Reason for Request: Raison de la demande : 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 Certifcat 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? Souhaitez-vous faire une demande pour obtenir jusqu’à 100 jours supplémentaires de médicaments pour la période où vous serez à l’étranger? Yes No (Absence must be outside Canada and greater than 100 days / Oui\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MH #604 MG-5678 (Rev 04/17) Over/Verso 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. Vacation Vacances\_\_\_\_\_\_ Employment Emploi \_\_\_\_\_\_\_ Humanitarian Aid Worker Travailleur humanitaire \_\_\_\_\_\_\_\_ Temporary address outside Manitoba: Adresse temporaire à l’extérieur du Manitoba :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postal Code/Code Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telephone No./Nº 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.”