



Partie 1 : Renseignements personnels

Partie à remplir par le patient ou par le parent, tuteur ou représentant autorisé du patient

Numéro d'immatriculation de Santé Manitoba : _____

Numéro d'identification personnel (NIP) : _____

Nom du patient : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____
Domicile/cellulaire Travail

Dates des traitements : _____
(jj/mm/aaaa)

Dates approuvées pour les Services aux résidents temporairement
hors province (le cas échéant) : Début _____ Fin _____

Absence du Manitoba :

Quelle est la raison de votre absence? Vacances Travail Études Congé sabbatique/travail missionnaire
 Santé Autre (précisez) : _____

Date de départ : _____ Date de retour (prévue) : _____

Où les traitements ont-ils été fournis? Hôpital Bureau de médecin Laboratoire médical

Autre (précisez) : _____

**Vous devez joindre les factures et les reçus à toutes vos demandes (accompagnés d'une traduction, le cas échéant).
Les ordonnances reçues hors province ne sont pas admissibles à la couverture et ne doivent pas être jointes à la demande.
J'atteste qu'à ma connaissance les renseignements que j'ai fournis sur le présent formulaire sont véridiques et exacts.**

Nom du patient ou de la personne qui
signe en son nom : _____

Signature du patient ou de la personne
qui signe en son nom : _____

Date de signature : _____
(jj/mm/aaaa)



Partie 2 : Soins hospitaliers

Remplissez la partie ci-après si vous étiez dans un hôpital ou un service d'urgence.

Êtes-vous allé dans un hôpital? Oui

Renseignements sur l'hôpital

Nom de l'hôpital : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Pays : _____

Montant facturé en devises
étrangères : _____

Devise utilisée pour
le paiement : _____

Renseignements sur l'établissement privé

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Pays : _____

Montant facturé en devises
étrangères : _____

Devise utilisée pour le
paiement : _____

Raison de la visite : _____

Consultation externe : Oui Non Hospitalisation : Oui Non

Raison de l'hospitalisation : Maladie soudaine Accident Rendez-vous

Autre (précisez) : _____

Intervention chirurgicale : Oui Non

Si oui, type d'intervention : _____

Date d'admission : _____
(jj/mm/aaaa)

Date de sortie : _____
(jj/mm/aaaa)

Avez-vous payé le compte? Oui Non

Veillez joindre une copie des reçus.



Partie 3 : Services fournis par des médecins

Remplissez la partie ci-après si vous avez été vu par un médecin à l'extérieur d'un établissement hospitalier ou si vous présentez une demande d'indemnisation pour des frais de médecin encourus dans un hôpital ou un établissement privé.

Lieu où les services ont été fournis :

Bureau de médecin

Hôpital

Établissement privé

Résidence privée (maison, appartement, hôtel)

Services

requis en

Maladie

Accident

Rendez-vous

raison de :

Autre (précisez) : _____

Avez-vous vu un médecin?

Oui

Non

Type de médecin : _____

Nom du médecin : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____

Montant facturé en devises étrangères : _____

Devise utilisée pour le paiement : _____

Raison de la visite : _____

Dates des services : _____

Partie 4 : Analyses de laboratoire

Analyses de laboratoire (sang/urine) :

Oui

Non

Si oui, quel type d'analyse? _____

Radiographies :

Oui

Non

Si oui, quelle partie du corps : _____

IRM, tomodensitométrie, échographie :

Oui

Non

Si oui, quelle partie du corps : _____

Avez-vous payé le compte?

Oui

Non

Veillez joindre une copie des reçus.