

Demande d'indemnisation pour services à l'extérieur du Manitoba

Joindre à la demande de règlement pour services hors-province

Santé
Manitoba



Numéro d'immatriculation de Santé Manitoba : _____

Numéro d'identification médical personnel (NIMP) de Santé Manitoba : _____

Nom du patient : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Domicile

Bureau

Date(s) du traitement : _____

(jour / mois / année)

Où le traitement a-t-il été reçu?

Cabinet de médecin (le cas échéant, remplir un formulaire no 2)

Hôpital (le cas échéant, remplir un formulaire no 3)

Domicile (maison, appartement, hôtel)

Autre – préciser : _____

Raisons du séjour à l'extérieur du Manitoba :

Vacances

Travail

Études – (lettre d'acceptation/confirmation de votre status à temps plein requise)

Autre – préciser : _____

Date de départ : _____

Date prévue du retour : _____

Les renseignements personnels que l'on pourrait vous demander de fournir sont recueillis en vertu des dispositions prévues aux termes d'une loi ou de politiques relatives aux programmes relevant de la compétence du ministre de la Santé. Cette information est requise aux fins de la prestation d'une assurance-maladie ou de services de santé et est protégée en vertu des dispositions prévues aux termes de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et de la Loi sur les renseignements médicaux personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur : Accès à l'information et protection de la vie privée, ministère de la Santé, 300, rue Carlton, 1^{er} étage. Téléphone : (204) 786-7101.

Signature

Date

Formulaire no 1

Mai 2004

Demande d'indemnisation pour services professionnels à l'extérieur du Manitoba

Santé
Manitoba



*Vous devez fournir les factures originales (avec traduction, le cas échéant)
pour tous les comptes à l'étranger.*

Lieu où les services ont été fournis :

Cabinet de médecin Hôpital Domicile (maison, appartement, hôtel)

Services requis en raison de : Maladie soudaine Accident

Fournir des renseignements détaillés : _____

Nom du médecin : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____

Date(s) des services : _____

Diagnostic : _____

Opération chirurgicale : Non Oui

Type d'opération chirurgicale : _____

Rayons X : Non Oui

Partie du corps : _____

Tests de laboratoire : Non Oui

Fournir des renseignements détaillés : _____

Devise utilisée pour payer le compte :

Montant en monnaie canadienne :

Avez-vous payé le compte? Non Oui (Veuillez fournir le(s) reçu(s))

Remarque : Le défaut de fournir tous les renseignements nécessaires pourrait retarder le remboursement.

Les renseignements personnels que l'on pourrait vous demander de fournir sont recueillis en vertu des dispositions prévues aux termes d'une loi ou de politiques relatives aux programmes relevant de la compétence du ministre de la Santé. Cette information est requise aux fins de la prestation d'une assurance-maladie ou de services de santé et est protégée en vertu des dispositions prévues aux termes de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et de la Loi sur les renseignements médicaux personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur : Accès à l'information et protection de la vie privée, ministère de la Santé, 300, rue Carlton, 1^{er} étage. Téléphone : (204) 786-7101.

Signature

Date

Formulaire no 2

Mai 2004

Demande d'indemnisation pour services hospitaliers à l'extérieur du Manitoba

*Vous devez fournir les factures originales (avec traduction, le cas échéant)
pour tous les comptes à l'étranger.*

Santé
Manitoba



Nom de l'hôpital : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____

Diagnostic : _____

Hospitalisation requise en raison de : Maladie soudaine Accident

Fournir des renseignements détaillés : _____

Soins ambulatoires : Non Oui

Hospitalisé : Non Oui

Date de l'admission : _____
(jour / mois / année)

Date de congé : _____
(jour / mois / année)

Devise utilisée pour payer le compte : _____ Montant en monnaie canadienne : _____

Avez-vous payé l'hôpital? Non Oui (Veuillez fournir le(s) reçu(s))

Remarque : Le défaut de fournir tous les renseignements nécessaires pourrait retarder le remboursement.

Les renseignements personnels que l'on pourrait vous demander de fournir sont recueillis en vertu des dispositions prévues aux termes d'une loi ou de politiques relatives aux programmes relevant de la compétence du ministre de la Santé. Cette information est requise aux fins de la prestation d'une assurance-maladie ou de services de santé et est protégée en vertu des dispositions prévues aux termes de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et de la Loi sur les renseignements médicaux personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur : Accès à l'information et protection de la vie privée, ministère de la Santé, 300, rue Carlton, 1^{er} étage. Téléphone : (204) 786-7101.

Signature

Date

Formulaire no 3

Mai 2004