

**REQUEST FOR  
BENEFITS BY STUDENTS  
ATTENDING OUT-OF-PROVINCE  
EDUCATIONAL INSTITUTIONS**

**DEMANDE DE PRESTATIONS DES  
PERSONNES FRÉQUENTANT DES  
ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT  
À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE**



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: 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 (Malentendus): (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 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.*

Full Name  
*Nom de famille* \_\_\_\_\_  
Manitoba Health Registration Number  
*N° d'immatriculation à Santé Manitoba* \_\_\_\_\_  
Personal Health I.D. No.  
*Ne d'identification Personnelle* \_\_\_\_\_

Will you be attending an educational institution on a full time basis?  
*Allez-vous fréquenter un établissement d'enseignement à plein temps?* Yes  No   
*Oui*  *Non*

Name and address of the educational institution  
*Nom et adresse de cet établissement* \_\_\_\_\_

The anticipated completion date of your studies  
*Date à laquelle vous prévoyez terminer vos études* \_\_\_\_\_

Is it your intention to return to reside in Manitoba upon completion of your studies?  
*Avez-vous l'intention de revenir résider au Manitoba une fois vos études terminées?* Yes  No   
*Oui*  *Non*

Date on which you were last present in Manitoba  
*Dernière date à laquelle vous étiez présent(e) au Manitoba* \_\_\_\_\_  
Month/Mois \_\_\_\_\_ Year/Année \_\_\_\_\_

Manitoba Address  
*Adresse au Manitoba* \_\_\_\_\_

City/Town  
*Ville/Village* \_\_\_\_\_  
Postal Code/code postal \_\_\_\_\_

Telephone No./N° telephone \_\_\_\_\_  
Email/Courriel \_\_\_\_\_

Out-of-Province Address  
*Adresse à l'extérieur de la province* \_\_\_\_\_

City/Town  
*Ville/Village* \_\_\_\_\_  
Province/State  
*Province/état* \_\_\_\_\_  
Postal Code/Zip Code  
*Code Postal/code postal américain* \_\_\_\_\_

Telephone No./N° téléphone \_\_\_\_\_  
Email/Courriel \_\_\_\_\_

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/dependants 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
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

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

*Veillez 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.*

**CERTIFICATION**

I, \_\_\_\_\_ hereby certify that I am a permanent resident of Manitoba temporarily absent from the province for educational purposes and I intend to reside in Manitoba upon completion of my studies. I further certify that I have not established my permanent residence outside of the province of Manitoba ( **Section 42 of the Health Services Insurance Act provides for a fine of up to \$5,000.00 for a person convicted of making false and misleading statements.**)

**ATTESTATION**

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ , atteste par la présente que je suis un(e) résident(e) permanent(e) du Manitoba temporairement absent(e) de la province à des fins éducatives et que j'ai l'intention de résider au Manitoba Une fois mes études terminées. Je vous confirme de plus que je n'ai pas de domicile permanent à l'extérieur de la province. ( **En vertu de l'article 42 de la Loi sur l'assurance-maladie, une personne coupable d'avoir fait de fausses déclarations est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 5 000 \$.**)*

**PERSONAL HEALTH INFORMATION ACT AUTHORIZATION**

I, \_\_\_\_\_ , hereby authorize \_\_\_\_\_ to act on my behalf with Manitoba Health for the purpose of submitting medical claims and changes in my address. He/she may also sign and submit my student confirmation form. This authorization allows Manitoba Health to provide medical claim status information over the phone to my parent/guardian as stated above for the period this authorization is valid.

This authorization shall remain in effect until \_\_\_\_\_ , unless I notify Manitoba Health in writing that it is revoked before that date.

**AUTORISATION SOUS LA LOIS SUR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS**

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ , autorise par la présente \_\_\_\_\_ à agir en mon nom auprès de Santé Manitoba en ce qui concerne la présentation de demandes de remboursement de frais médicaux et le changement de mon adresse. Cette personne est également habilitée à signer et à soumettre le formulaire confirmant mon inscription en tant qu'étudiant(e). Cette autorisation permet à Santé Manitoba de fournir des renseignements concernant l'état de mes demandes de remboursement de frais médicaux par téléphone au parent (ou au tuteur) susmentionné pendant la période de validité de la présente.*

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'au \_\_\_\_\_ , sauf si j'informe par écrit Santé Manitoba qu'elle a été révoquée avant cette date.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**CERTIFICATION BY EDUCATIONAL INSTITUTION**  
**ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT**

The above person is registered as a full time student at  
*La personne indiquée ci-dessus est inscrite comme étudiant(e) à plein temps à*

for the period/du \_\_\_\_\_  
Day/Jour                      Month/Mois                      Year/Année

to/à \_\_\_\_\_  
Day/Jour                      Month/Mois                      Year/Année

\_\_\_\_\_  
Stamp or Signature of Registrar/  
*Tampon ou signature du registraire*

"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"