



Direction des services assurés

300, rue Carlton

Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9

Téléphone : 204 786-7303

Télécopieur : 204 772-2248

Santé, Aînés et Soins de longue durée

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 personnelle (NIP) de Santé Manitoba : _____

Nom du patient : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

Maison

Travail

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

Dates approuvées pour les Services aux résidents
temporairement hors-province : Début _____ Fin _____

Absence du Manitoba :

Quelle est la raison de votre absence? Vacances Travail Études Congé sabbatique
 Missionnaire Autre

Date de départ : _____

Date de retour (prévue) : _____

Où les traitements ont-ils été fournis?

Bureau de médecin

Hôpital

Laboratoire médical

Autre (précisez) : _____



SERVICES HOSPITALIERS
Direction des services assurés

300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
Téléphone : 204 786-7303
Télécopieur : 204 772-2248

Santé, Aînés et Soins de longue durée

Partie 2 : Soins hospitaliers

Avez-vous été dans un hôpital? Oui Non

Renseignements sur l'hôpital

Nom de l'hôpital : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____ Devise utilisée pour le paiement : _____

Renseignements sur l'établissement privé

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____ Devise utilisée pour le paiement : _____

Diagnostic :

Hospitalisation requise en raison de : Maladie soudaine Accident Rendez-vous

Autre (précisez) _____

Consultation externe Oui Non

Hospitalisation Oui Non

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.

Manitoba



Santé, Aînés et Soins de longue durée

Demande d'indemnisation pour services
rendus hors province
SERVICES FOURNIS PAR DES MÉDECINS

Direction des services assurés

300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
Téléphone : 204 786-7303
Télécopieur : 204 772-2248

Partie 3 : Services fournis par des médecins

Lieu où les services ont été fournis : Bureau de médecin Hôpital Établissement privé
 Résidence privée (maison, appartement, hôtel)

Services requis en raison de : Maladie soudaine Accident Rendez-vous
 Autre (précisez) _____

Avez-vous vu un médecin? Si c'est le cas Oui Non

Nom du médecin : _____

Type de médecin : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____ Devise utilisée pour le paiement : _____

Dates des services : _____

Partie 4 : Examens en laboratoire

Dans le cadre d'une opération chirurgicale : Oui Non

Type d'opération chirurgicale : _____

Radiographies : Oui Non

Si oui, quelle partie du corps : _____

Tests de laboratoire : Oui Non

Types d'examen (radiographie, IRM, tomodensitogramme, échographie, etc.) _____

Vous devez joindre les factures originales à toutes vos demandes (avec une traduction le cas échéant).

J'atteste qu'à ma connaissance les renseignements que j'ai fournis sur ce formulaire sont véridiques et exacts.

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

Date
(jj/mm/aaaa) _____

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

Avez-vous payé le compte? Oui Non

Veillez joindre une copie des reçus.