

Formulaire de remplacement de la carte de santé

Les renseignements que vous fournissez seront utilisés pour confirmer vos renseignements dans notre base de données.

Veuillez écrire en lettres moulées		
Prénom(s) :	Nom de famille :	
Numéro d'immatriculation de la carte de santé du Manitoba (si connu) :	Numéro d'identification médical personnel (NIMP) (si connu) :	
Date de naissance : (jour/mois/année)	Numéro de téléphone/adresse courriel :	
Adresse indiquée sur votre carte de santé du Manitoba :		
N° d'appartement/d'unité :	Adresse municipale/case postale :	
Ville ou municipalité :	Province :	Code postal :
Raison de la demande (cochez une seule réponse) :		
<input type="checkbox"/> Carte perdue <input type="checkbox"/> Carte endommagée <input type="checkbox"/> Carte volée		
Autre :		
Aurez-vous besoin d'un changement d'adresse? Oui Non		
Nouvelle adresse postale :		
N° d'appartement/d'unité :	Adresse municipale/case postale :	
Ville ou municipalité :	Province :	Code postal :
Nouvelle adresse de résidence (si autre que ci-dessus) :		
N° d'appartement/d'unité :	Adresse municipale/case postale :	
Ville ou municipalité :	Province :	Code postal :

Les cartes de remplacement seront uniquement délivrées à une adresse au Manitoba, sauf si un certificat de résidence temporaire à l'extérieur du Manitoba (Temporary-Out-Of-Province certificate) approuvé et actif figure à nos dossiers. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter notre site Web :

[Carte de santé du Manitoba et couverture](#) | [Santé](#) | [Province du Manitoba \(gov.mb.ca\)](#)

Veuillez signaler tout changement relatif à l'adresse, à l'état civil, aux personnes à charge ou tout autre changement de situation à Santé Manitoba **dans les 30 jours**, car cela pourrait avoir une incidence sur votre couverture de soins de santé.

Signature :	Date :
-------------	--------