Archived version

This version was current for the period set out in the footer below.

Last amendment included: M.R. 95/2013

Version archivée

La présente version était à jour pendant la période indiquée en bas de page.

Dernière modification intégrée : R.M. 95/2013

THE HEALTH SERVICES INSURANCE ACT
(C.C.S.M. c. H35)

Hospital Services Insurance and Administration Regulation

LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE
(c. H35 de la C.P.L.M.)

Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux

Regulation 48/93
Registered March 19, 1993

Règlement 48/93
Date d'enregistrement : le 19 mars 1993

TABLE OF CONTENTS

Section

DEFINITIONS

1 Definitions

HOSPITAL SERVICES IN MANITOBA

2 Entitlement to hospital services
2.1 Act applies to dental services in a hospital
3 Dental services in a hospital
4 Out-patient services provided if possible
5 Minister may cease to pay
6 Determination of hospital stay
7 Authorized charges for services not medically required
7.1 Basic authorized charges for persons needing personal care
7.2 Income-based reduction in authorized charges
7.3 Review of authorized charges

TABLE DES MATIÈRES

Article

DÉFINITIONS

1 Définitions

SERVICES HOSPITALIERS AU MANITOBA

2 Droit aux services hospitaliers
2.1 Application de la *Loi aux services dentaires fournis dans les hôpitaux*
3 Services dentaires dans les hôpitaux
4 Soins en consultation externe si possible
5 Cessation des prestations
6 Temps d'hospitalisation
7 Frais admissibles pour services non nécessaires du point de vue médical
7.1 Frais admissibles de base pour les personnes ayant besoin de soins personnels
7.2 Réduction des frais admissibles
7.3 Révision des frais admissibles

7.4 Appeal of authorized charges
8 Authorized charges for chronic care patients
8.1 Waiver — spouse or common-law partner living in the community
9 Authorized charges for dental services
10 Authorized charges for private and semi-private accommodation
11 No charge for private and semi-private accommodation in certain cases
12 Charges for person for whom minister not liable for payment
13 Access to chart and records

HOSPITAL SERVICES OUTSIDE MANITOBA

14 In-patient hospital services
15 Limitation
16 Payment for in-patient services
17 Where in-patient services no longer required
18 Out-patient hospital services
19 Minister may increase amount
19.1 Insured person may assign benefits
20 Dental services in a hospital
21 Payment conditional on receipt or account
22 Services for the mentally ill
23 Reimbursement for a dependant

HOSPITAL ADMINISTRATION

24 Hospital to furnish information
25 Books, records, and returns
26 Repealed
27 Budgets
28 Approval of loan
29 Capital fund account
30 Payments
31 Year end settlement
32 Coming into force

SCHEDULE A Hospital In-Patient Services
SCHEDULE B Hospital Out-Patient Services
SCHEDULE C Dental Services in a Hospital

7.4 Appel relatif aux frais admissibles
8 Frais admissibles pour malades chroniques
8.1 Dispense — conjoint ou conjoint de fait vivant dans la collectivité
9 Frais admissibles pour services dentaires
10 Frais admissibles pour chambres à un lit et chambres à deux lits
11 Aucuns frais pour une chambre à un lit ou à deux lits dans certains cas
12 Frais pour les non-assurés
13 Accès aux dossiers médicaux

SERVICES HOSPITALIERS HORS-PROVINCE

14 Services en hôpital
15 Restriction
16 Prestations pour services en hôpital
17 Services en hôpital qui ne sont plus nécessaires
18 Soins en consultation externe
19 Augmentation des prestations par le ministre
19.1 Cession des prestations
20 Services dentaires dans les hôpitaux
21 Versement conditionnel de prestations
22 Soins pour les handicapés mentaux
23 Remboursement pour une personne à charge

ADMINISTRATION DES HÔPITAUX

24 Renseignements que doivent fournir les hôpitaux
25 Registres, dossiers et autres documents
26 Abrogé
27 Prévisions budgétaires
28 Autorisation d'emprunt
29 Compte du fonds de capital et d'emprunt
30 Paiements
31 Fin de l'exercice
32 Entrée en vigueur

ANNEXE A Services en hôpital
ANNEXE B Soins en consultation externe
ANNEXE C Services dentaires dans les hôpitaux

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

DEFINITIONS

Definitions

1 In this regulation,

"**Act**" means *The Health Services Insurance Act*; (« *Loi* »)

"**assessment panel**" means a person or group of persons designated by the minister for the purpose of assessing a person's need for personal care in a personal care home or chronic care in a hospital; (« comité d'évaluation »)

"**common-law partner**" in relation to an insured person, means a person who, not being married to the insured person, cohabitated with the insured person in a conjugal relationship for at least one year immediately before the insured person's admission to a health facility; (« conjoint de fait »)

"**board**" means the Manitoba Health Appeal Board established under Section 9 of the Act; (« Conseil »)

"**family registrant**" means a person who has registered with the minister in his or her own name and on behalf of one or more of his or her resident dependants; (« chef de famille »)

"**fund**" means Manitoba Health Services Insurance Fund; (« fonds »)

"**in-patient services**" means the hospital services set out in Schedule A that are not excluded under the *Excluded Services Regulation* made under the Act; (« services en hôpital »)

"**out-patient services**" means the hospital services set out in Schedule B that are not excluded under the *Excluded Services Regulation* made under the Act; (« soins en consultation externe »)

DÉFINITIONS

Définitions

1 Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.

« **chef de famille** » Personne qui s'est inscrite en son nom auprès du ministre ainsi qu'au nom de ses personnes à charge résidantes. ("family registrant")

« **comité d'évaluation** » Personne ou groupe de personnes que le ministre désigne afin d'évaluer les besoins en soins personnels des personnes se trouvant dans des foyers de soins personnels ou les besoins en soins chroniques des personnes se trouvant dans des hôpitaux. ("assessment panel")

« **conjoint** » Personne avec laquelle l'assuré est marié. ("spouse")

« **conjoint de fait** » Personne qui a vécu dans une relation maritale avec un assuré sans être mariée avec lui, pendant une période d'au moins un an ayant précédé l'admission de l'assuré dans un établissement de santé. ("common-law partner")

« **Conseil** » Le Conseil manitobain d'appel en matière de santé constitué en vertu de l'article 9 de la *Loi*. ("board")

« **Fonds** » Le Fonds d'assurance-maladie du Manitoba. ("fund")

« ***Loi*** » La *Loi sur l'assurance-maladie*. ("Act")

« **séparé** » Assuré qui vit séparé de son conjoint ou de son conjoint de fait en raison d'une rupture et non pour une question de santé. ("separated")

« **services en hôpital** » Services hospitaliers prévus à l'annexe A qui ne sont pas exclus en vertu du *Règlement sur les services exclus* pris en application de la *Loi*. ("in-patient services")

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

"**separated**" in relation to an insured person, means an insured person living separate and apart from his or her spouse or common-law partner because of a breakdown in their relationship and not because of a medical necessity; (« séparé »)

"**spouse**", in relation to an insured person, means a person to whom the insured person is married. (« conjoint »)

M.R. 152/96; 83/2000; 106/2003; 87/2007

« **soins en consultation externe** » Services hospitaliers prévus à l'annexe B qui ne sont pas exclus en vertu du *Règlement sur les services exclus* pris en application de la *Loi*. ("out-patient services")

R.M. 152/96; 83/2000; 106/2003; 87/2007

HOSPITAL SERVICES IN MANITOBA

Entitlement to hospital services

2 An insured person who has been admitted to a hospital in Manitoba as an in-patient or an out-patient on the order of

(a) a medical practitioner; or

(b) subject to section 3, a licensed dentist;

is entitled to receive in-patient services or out-patient services as a benefit under the Act without paying any charge to the hospital other than the authorized charges referred to in sections 7, 8 and 9.

Act applies to dental services in a hospital

2.1 For the purpose of section 71 of the Act, the Act applies to the dental services described in section 3 when provided by a person described in Schedule C.

M.R. 242/94

Dental services in a hospital

3(1) Subject to subsection (2), an insured person is entitled to receive, as an in-patient or an out-patient, the dental services described in Schedule C without paying any charge to the hospital for the in-patient or out-patient services.

SERVICES HOSPITALIERS AU MANITOBA

Droit aux services hospitaliers

2 L'assuré admis à un hôpital au Manitoba à titre de malade hospitalisé ou de malade en consultation externe a droit de recevoir des services en hôpital ou des soins en consultation externe en vertu de la *Loi*, sans avoir à payer de frais à l'hôpital, sauf ceux autorisés par les articles 7, 8 et 9 s'il est admis par ordre d'une des personnes suivantes :

a) un médecin;

b) un dentiste titulaire d'une licence, sous réserve de l'article 3.

Application de la *Loi aux services dentaires fournis dans les hôpitaux*

2.1 Pour l'application de l'article 71 de la *Loi*, celle-ci s'applique aux services dentaires visés à l'article 3 lorsqu'ils sont fournis par les personnes mentionnées à l'annexe C.

R.M. 242/94

Services dentaires dans les hôpitaux

3(1) Sous réserve du paragraphe (2), un assuré a droit de recevoir les services dentaires énumérés à l'annexe C en tant que malade hospitalisé ou malade en consultation externe sans avoir à payer de frais à l'hôpital.

3(2) An insured person who is admitted to a hospital by a licensed dentist is entitled to receive in-patient services for up to two days, but payment for in-patient services shall cease after two days unless there is a further admission order by a medical practitioner or a certified oral and maxillofacial surgeon.

3(2) L'assuré admis à l'hôpital par ordre d'un dentiste a droit à deux jours de services en hôpital; les prestations pour ces services cessent après deux jours à moins que le patient ne soit réadmis par ordre d'un médecin ou d'un chirurgien bucco-dentaire et maxillofacial.

Out-patient services provided if possible

4 No medical practitioner or licensed dentist shall authorize an in-patient admission to a hospital if, having regard to the condition of the patient, the diagnosis, treatment or care required can be provided as an out-patient service.

Soins en consultation externe si possible

4 Il est interdit aux médecins et aux dentistes d'admettre une personne à l'hôpital si, compte tenu de son état, les services de diagnostic, le traitement ou les soins requis peuvent lui être fournis en consultation externe.

Minister may cease to pay

5 The minister may cease to pay for in-patient or out-patient services on the day preceding the day on which the attending medical practitioner discharges the patient.

Cessation des prestations

5 Le ministre peut cesser de verser les prestations pour des services en hôpital ou en consultation externe la veille du jour où le malade reçoit son congé du médecin traitant.

Determination of hospital stay

6(1) To determine the period of time for which an insured person is entitled to in-patient services, the minister may require a hospital to secure from the attending medical practitioner and forward to the minister a written statement regarding the patient's condition and the reason or necessity for the patient receiving in-patient services during all or any part of the patient's stay in hospital.

Temps d'hospitalisation

6(1) Afin de déterminer la durée des soins en hôpital auxquels un assuré a droit, le ministre peut exiger que l'hôpital visé obtienne du médecin une déclaration écrite concernant l'état du malade ainsi que les raisons justifiant les soins en hôpital ou la nécessité de ces soins pendant tout ou partie du séjour hospitalier de l'assuré, et que l'hôpital la lui transmette.

6(2) If in the opinion of the minister a doubt exists concerning the necessity for continuing in-patient services, the minister may designate a medical practitioner to investigate and report on the case.

6(2) S'il a des doutes quant à la nécessité de poursuivre les soins en hôpital, le ministre peut désigner un médecin pour évaluer le cas et en faire rapport.

6(3) If in the opinion of the medical practitioner referred to in subsection (2) the in-patient services are not required, the minister shall cease to pay for in-patient services in accordance with the report of the medical practitioner and shall notify the hospital of the date on which payments will cease.

6(3) Si le médecin mentionné au paragraphe (2) est d'avis que les soins en hôpital ne sont pas nécessaires, le ministre cesse de verser les prestations pour ces soins conformément au rapport du médecin et avise l'hôpital de la date de cessation des versements.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

Authorized charges for services not medically required

7(1) If the minister determines that services provided by a hospital to an insured person

(a) are not medically required; or

(b) are not in-patient or out-patient services to which an insured person is entitled under section 2 or 3;

the hospital may make a daily authorized charge to the insured person equal to the per diem rate of payment approved by the minister.

M.R. 115/98

7(2) Notwithstanding subsection (1), if in-patient services are not medically required but are provided to an insured person who meets the criteria for short term respite care in a hospital, the hospital shall make an authorized charge to the insured person of $33.90 per day effective August 1, 2013.

M.R. 144/93; 153/93; 152/96; 130/97; 115/98; 88/99; 83/2000; 105/2001; 90/2002; 106/2003; 128/2004; 99/2005; 139/2006; 87/2007; 107/2008; 108/2009; 78/2010; 74/2012; 95/2013

Basic authorized charges for persons needing personal care

7.1(1) If in-patient services are not medically required but are provided to an insured person whose need for placement in a personal care home has been determined by the assessment panel, the hospital shall make an authorized charge to the person of $79.20 per day, subject to any reduction available under section 7.2.

M.R. 144/93; 152/96; 130/97; 115/98; 181/98; 88/99; 83/2000; 105/2001; 90/2002; 106/2003; 128/2004; 99/2005; 139/2006; 87/2007; 107/2008; 108/2009; 78/2010; 74/2012; 95/2013

7.1(2) If a personal care bed is made available to an insured person described in subsection (1) and he or she has refused to accept it, the hospital may, instead of the authorized charge referred to in that subsection, make an authorized charge to the person equal to the per diem rate of payment approved by the minister.

M.R. 181/98

Frais admissibles pour services non nécessaires du point de vue médical

7(1) Les frais admissibles quotidiens qu'un hôpital peut facturer à un assuré le sont au taux quotidien qu'approuve le ministre si celui-ci est d'avis que les services fournis par l'hôpital à l'assuré :

a) ne sont pas nécessaires du point de vue médical;

b) ne sont pas des services en hôpital ou des soins en consultation externe auxquels l'assuré a droit en vertu de l'article 2 ou 3.

R.M. 115/98

7(2) Par dérogation au paragraphe (1), l'hôpital facture quotidiennement à l'assuré 33,90 $ à compter du 1er août 2013 si les services en hôpital ne sont pas nécessaires du point de vue médical, mais sont fournis à un assuré qui répond aux critères de soins de convalescence hospitaliers de courte durée.

R.M. 144/93; 153/93; 152/96; 130/97; 115/98; 88/99; 83/2000; 105/2001; 90/2002; 106/2003; 128/2004; 99/2005; 139/2006; 87/2007; 107/2008; 108/2009; 78/2010; 74/2012; 95/2013

Frais admissibles de base pour les personnes ayant besoin de soins personnels

7.1(1) L'hôpital facture à l'assuré des frais admissibles quotidiens de 79,20 $, sous réserve des réductions prévues à l'article 7.2, si les services en hôpital ne sont pas nécessaires du point de vue médical, mais sont fournis à un assuré qui, d'après la conclusion du comité d'évaluation, a besoin d'être placé dans un foyer de soins personnels.

R.M. 144/93; 152/96; 130/97; 115/98; 181/98; 88/99; 83/2000; 105/2001; 90/2002; 106/2003; 128/2004; 99/2005; 139/2006; 87/2007; 107/2008; 108/2009; 78/2010; 74/2012; 95/2013

7.1(2) Au lieu de facturer à l'assuré les frais admissibles prévus au paragraphe (1), l'hôpital peut lui facturer le montant quotidien qu'approuve le ministre au cas où l'assuré refuserait un lit de soins personnels mis à sa disposition.

R.M. 181/98

Income-based reduction in authorized charges

7.2(1) When the net income of an insured person who is single, widowed, separated or divorced is an amount set out in Column 1 of Schedule B to the *Personal Care Services Insurance and Administration Regulation*, the insured person is entitled to have the authorized charge under subsection 7.1(1) reduced to the amount set out opposite the person's net income in Column 3.

M.R. 115/98; 181/98

7.2(2) In the case of an insured person who is the spouse or common-law partner of another insured person who resides in a health facility, when the combined net income of the two spouses or common-law partners is divided by two and the resulting amount is an amount set out in Column 1 of Schedule B to the *Personal Care Services Insurance and Administration Regulation*, each of them is entitled to have the authorized charge under subsection 7.1(1) reduced to the amount set out opposite the person's net income in Column 3.

M.R. 115/98; 181/98; 83/2000; 106/2003

7.2(3) When the combined net income of

(a) an insured person; and

(b) his or her spouse or common-law partner who resides outside of a health facility;

is an amount set out in Column 2 of Schedule B to the *Personal Care Services Insurance and Administration Regulation*, the insured person is entitled to have the authorized charge under subsection 7.1(1) reduced to the amount set out opposite that net income in Column 3.

M.R. 115/98; 181/98; 106/2003

Réduction des frais admissibles

7.2(1) Lorsque le revenu net de l'assuré qui est célibataire, veuf, séparé ou divorcé correspond à un des montants établis à la colonne 1 de l'annexe B du *Règlement sur l'assurance relative aux services de soins personnels et l'administration des foyers de soins personnels*, l'assuré a droit à une réduction des frais admissibles que vise le paragraphe 7.1(1), laquelle réduction correspond au montant qui figure à la colonne 3 vis-à-vis le revenu net de l'assuré.

R.M. 115/98; 181/98

7.2(2) Lorsque le revenu net combiné d'un assuré et de son conjoint ou de son conjoint de fait, lequel est un assuré qui réside dans un établissement de santé, est divisé par deux et que le montant qui en résulte correspond à un de ceux qui sont établis à la colonne 1 de l'annexe B du *Règlement sur l'assurance relative aux services de soins personnels et l'administration des foyers de soins personnels*, chacun des assurés a droit à une réduction des frais admissibles que vise le paragraphe 7.1(1), laquelle réduction correspond au montant qui figure à la colonne 3 vis-à-vis le revenu net de l'assuré.

R.M. 115/98; 181/98; 83/2000; 106/2003

7.2(3) Lorsque le revenu net combiné d'un assuré marié et de son conjoint ou de son conjoint de fait, lequel réside à l'extérieur d'un établissement de santé, correspond à un des montants établis à la colonne 2 de l'annexe B du *Règlement sur l'assurance relative aux services de soins personnels et l'administration des foyers de soins personnels*, l'assuré a droit à une réduction des frais admissibles que vise le paragraphe 7.1(1), laquelle réduction correspond au montant qui figure à la colonne 3 vis-à-vis ce revenu net.

R.M. 115/98; 181/98; 106/2003

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

Reduction for Public Trustee clients

7.2(3.1) If an insured person is required to pay service fees to the Public Trustee because the Public Trustee is the person's committee or substitute decision-maker for property, the amount of the reduction in the authorized charge under this section is to be adjusted as follows:

1. If the insured person's net income is between $16,970.59 and $34,458.48, that income is to be reduced by 5.66038% for the purpose of calculating the reduction under subsection (1) or (2).

2. If the insured person has a spouse or common-law partner who resides outside of a health facility and the spouses' or common-law partners' combined net income is between $49,742.59 and $67,230.48, that income is, for the purpose of calculating the reduction under subsection (3), to be reduced by an amount equal to 5.66038% of the combined net income minus $32,772.

M.R. 56/2000; 83/2000; 105/2001; 90/2002; 106/2003; 128/2004; 99/2005; 139/2006; 87/2007; 107/2008; 108/2009; 78/2010; 74/2012; 95/2013

7.2(4) An insured person entitled to a reduction under this section must apply for the reduction to Manitoba Health or, with the approval of Manitoba Health, to the hospital or health facility in which he or she resides.

M.R. 115/98

7.2(5) In this section,

"**net income**" means an individual's net income for the taxation year that ended immediately before the beginning of the year in which an authorized charge is payable less the total combined federal and provincial tax payable by the individual for that taxation year, determined in accordance with the *Income Tax Act* (Canada); (« revenu net »)

"**year in which an authorized charge is payable**" means the period from August 1 of one year to July 31 of the next year. (« année pendant laquelle les frais admissibles sont exigibles »)

M.R. 115/98; 83/2000

Réduction pour les personnes sous la tutelle du curateur public

7.2(3.1) Lorsque l'assuré est tenu de payer des frais de service au curateur public du fait que ce dernier est son curateur ou son subrogé à l'égard des biens, le montant de la réduction des frais admissibles que prévoit le présent article est rajusté comme suit :

1. Aux fins du calcul de la réduction que prévoit le paragraphe (1) ou (2), le revenu net de l'assuré est réduit de 5,66038 % s'il se situe entre 16 970,59 $ et 34 458,48 $.

2. Si le revenu net combiné de l'assuré et de son conjoint ou de son conjoint de fait se situe entre 49 742,59 $ et 67 230,48 $, et que le conjoint ou le conjoint de fait réside en dehors d'un établissement de santé, le revenu est, aux fins du calcul de la réduction que prévoit le paragraphe (3), réduit d'un montant équivalent à 5,66038 % du revenu net combiné, duquel ont été retranchés 32 772 $.

R.M. 56/2000; 83/2000; 105/2001; 90/2002; 106/2003; 128/2004; 99/2005; 139/2006; 87/2007; 107/2008; 108/2009; 78/2010; 74/2012; 95/2013

7.2(4) L'assuré qui a droit à une réduction des frais admissibles en vertu du présent article doit en faire la demande soit à Santé Manitoba, soit, avec l'approbation de cet organisme, à l'hôpital ou à l'établissement de santé dans lequel il réside.

R.M. 115/98

7.2(5) Les définitions qui suivent s'appliquent au présent article.

« **année pendant laquelle les frais admissibles sont exigibles** » La période débutant le 1er août d'une année et se terminant le 31 juillet de l'année suivante. ("year in which an authorized charge is payable")

« **revenu net** » Revenu net d'une personne pour l'année fiscale qui s'est terminée immédiatement avant le début de l'année pendant laquelle des frais admissibles sont facturés moins la somme combinée de l'impôt fédéral et de l'impôt provincial que la personne doit payer pour l'année fiscale conformément à la *Loi de l'impôt sur le revenu*. ("net income")

R.M. 115/98; 83/2000

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

Review of authorized charges

7.3(1) If an insured person is unable to pay an authorized charge under subsection 7.1(1) because of extenuating circumstances, he or she may request Manitoba Health to review the amount of the authorized charge.

M.R. 115/98; 181/98

7.3(2) On a review, Manitoba Health may, in accordance with policies approved by the minister,

(a) confirm the authorized charge; or

(b) reduce the authorized charge to an amount that is not less than $33.90 per day.

M.R. 115/98; 88/99; 83/2000; 105/2001; 90/2002; 106/2003; 128/2004; 99/2005; 139/2006; 87/2007; 107/2008; 108/2009; 78/2010; 74/2012; 95/2013

Appeal of authorized charges

7.4(1) If an insured person is not satisfied with the outcome of a review under section 7.3 he or she may appeal the amount of the authorized charge calculated under subsection 7.1(1) and section 7.2 to the Manitoba Health Appeal Board.

M.R. 115/98; 181/98

7.4(2) On considering an appeal, the Manitoba Health Appeal Board may

(a) confirm the original amount of the authorized charge; or

(b) order the authorized charge to be reduced to an amount that is not less than $33.90 per day.

M.R. 115/98; 88/99; 83/2000; 105/2001; 90/2002; 106/2003; 128/2004; 99/2005; 139/2006; 87/2007; 107/2008; 108/2009; 78/2010; 74/2012; 95/2013

Authorized charges for chronic care patients

8(1) In this section, "**chronic care patient**" means an insured person who

(a) lives more or less permanently in a hospital;

(b) has reached his or her maximum level of functional ability and shows little or no potential for improvement; and

Révision des frais admissibles

7.3(1) L'assuré qui ne peut payer des frais admissibles en vertu du paragraphe 7.1(1) en raison de circonstances atténuantes peut demander à Santé Manitoba de réviser le montant des frais.

R.M. 115/98; 181/98

7.3(2) À la suite de la révision, Santé Manitoba peut, conformément aux directives qu'approuve le ministre :

a) soit confirmer le montant des frais admissibles;

b) soit porter les frais admissibles à un montant minimal de 33,90 $ par jour.

R.M. 115/98; 88/99; 83/2000; 105/2001; 90/2002; 106/2003; 128/2004; 99/2005; 139/2006; 87/2007; 107/2008; 108/2009; 78/2010; 74/2012; 95/2013

Appel relatif aux frais admissibles

7.4(1) L'assuré qui n'est pas satisfait du résultat de la révision que vise l'article 7.3 peut interjeter appel du montant des frais admissibles calculé en vertu du paragraphe 7.1(1) et de l'article 7.2 au Conseil manitobain d'appel en matière de santé.

R.M. 115/98; 181/98

7.4(2) Saisi de l'appel, le Conseil manitobain d'appel en matière de santé peut :

a) soit confirmer le montant initial des frais admissibles;

b) soit ordonner que les frais admissibles soient portés à un montant minimal de 33,90 $ par jour.

R.M. 115/98; 88/99; 83/2000; 105/2001; 90/2002; 106/2003; 128/2004; 99/2005; 139/2006; 87/2007; 107/2008; 108/2009; 78/2010; 74/2012; 95/2013

Frais admissibles pour malades chroniques

8(1) Dans le présent article, « **malade chronique** » s'entend de l'assuré qui :

a) vit de façon plus ou moins permanente dans un hôpital;

b) a atteint son niveau maximal de capacité fonctionnelle et ne laisse entrevoir qu'une faible possibilité d'amélioration ou aucune possibilité;

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

(c) requires a level of care or special treatment that cannot be provided either at home with supports or within the personal care home program.

M.R. 152/96

c) requiert un niveau de soins ou un traitement spécial qui ne peut lui être fourni à domicile avec assistance ou dans le cadre du programme de soins personnels en foyer.

R.M. 152/96

8(2) The hospital may make an authorized charge to a chronic care patient in the amount determined in accordance with subsection 7.1(1) and section 7.2 if

(a) acute care services are not medically required by the patient; and

(b) the patient's need for personal care in a hospital has been established to the satisfaction of an assessment panel or, in the absence of an assessment panel, the attending medical practitioner.

M.R. 152/96; 115/98; 181/98

8(2) L'hôpital peut facturer au malade chronique des frais admissibles déterminés conformément au paragraphe 7.1(1) et à l'article 7.2 si :

a) les soins de courte durée ne sont pas nécessaires du point de vue médical;

b) les soins personnels dans un hôpital ont été jugés nécessaires par le comité d'évaluation ou, en l'absence d'un tel comité, par le médecin traitant.

R.M. 152/96; 115/98; 181/98

8(3) Sections 7.3 and 7.4 apply in respect of authorized charges payable under this section.

M.R. 115/98

8(3) Les articles 7.3 et 7.4 s'appliquent aux frais admissibles exigibles en vertu du présent article.

R.M. 115/98

Waiver — spouse or common-law partner living in the community

8.1(1) Notwithstanding any other provision of this regulation, the minister may waive payment of all or part of an authorized charge payable by an insured person under subsection 7.1(1) or section 8 in order to ensure that the spouse or common-law partner of the insured person does not suffer undue financial hardship, but only if the following conditions are met:

(a) the spouse or common-law partner must reside outside a health facility;

(b) the combined net income of the insured person and his or her spouse or common-law partner must be less than $31,980. plus $8,500. for each dependant of the insured person residing outside a heath facility; and

Dispense — conjoint ou conjoint de fait vivant dans la collectivité

8.1(1) Par dérogation aux autres dispositions du présent règlement, le ministre peut, dans le but d'éviter que le conjoint ou le conjoint de fait de l'assuré n'éprouve des difficultés financières, dispenser l'assuré de payer une partie ou la totalité des frais admissibles dus conformément au paragraphe 7.1(1) ou à l'article 8 lorsque sont respectées les conditions suivantes :

a) le conjoint ou le conjoint de fait réside en dehors d'un établissement de santé;

b) le revenu net combiné de l'assuré et de son conjoint ou de son conjoint de fait est inférieur à 31 980 $, plus 8 500 $ pour chaque personne à la charge de l'assuré qui réside en dehors d'un établissement de santé;

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

(c) the insured person and his or her spouse or common-law partner must have attempted to obtain income from all sources for which they are eligible, including but not limited to income assistance, Old Age Security and the Guaranteed Income Supplement.

M.R. 83/2000; 105/2001; 90/2002; 106/2003; 128/2004; 99/2005; 139/2006; 87/2007; 107/2008; 108/2009; 78/2010; 74/2012; 95/2013

8.1(2) In this section, "**dependant**" means a child of an insured person who is

(a) under 18 years of age;

(b) over 18 years of age and mentally or physically incapacitated; or

(c) over 18 years of age and attending a university, secondary school or other educational institution.

M.R. 83/2000

Authorized charges for dental services

9 If an insured person is entitled to receive insured services under section 3 and the two days referred to in subsection 3(2) have elapsed,

(a) a hospital that is not in a health region may make a daily authorized charge to the insured person that is equal to the per diem rate of payment established for that hospital under section 58 of the Act; and

(b) a hospital in a health region may make a daily authorized charge to the insured person that is equal to the rate approved by the minister.

M.R. 77/97

Authorized charges for private and semi-private accommodation

10(1) The maximum authorized charge that may be made by a Manitoba hospital directly to an insured person for private or semi-private accommodation is

(a) in respect of semi-private accommodation, $44.00 per day;

(b) in respect of private accommodation, such amount as the minister considers reasonable.

M.R. 98/93; 98/94; 13/97; 78/2010

c) l'assuré et son conjoint ou son conjoint de fait ont fait les démarches nécessaires pour obtenir un revenu des sources auxquelles ils sont admissibles, notamment l'aide au revenu, la Sécurité de vieillesse et le Supplément de revenu garanti.

R.M. 83/2000; 105/2001; 90/2002; 106/2003; 128/2004; 99/2005; 139/2006; 87/2007; 107/2008; 108/2009; 78/2010; 74/2012; 95/2013

8.1(2) Pour l'application du présent article, « **personne à charge** » s'entend d'un enfant de l'assuré qui :

a) a moins de 18 ans;

b) a plus de 18 ans mais est handicapé mentalement ou physiquement;

c) a plus de 18 ans et fréquente une université, une école secondaire ou tout autre établissement d'enseignement.

R.M. 83/2000

Frais admissibles pour services dentaires

9 Si un assuré a droit à des services assurés en vertu de l'article 3 et que la période de deux jours mentionnée au paragraphe 3(2) est écoulée :

a) les hôpitaux qui ne sont pas situés dans une région sanitaire peuvent lui facturer les frais admissibles au taux quotidien fixé en vertu de l'article 58 de la *Loi* pour l'hôpital où il reçoit des traitements;

b) les hôpitaux situés dans une région sanitaire peuvent lui facturer les frais admissibles au taux quotidien qu'approuve le ministre.

R.M. 77/97

Frais admissibles pour chambres à un lit et chambres à deux lits

10(1) Un hôpital du Manitoba ne peut facturer directement à l'assuré des frais admissibles plus élevés que ce qui suit :

a) pour une chambre à deux lits, 44,00 $ par jour;

b) pour une chambre à un lit, le montant que le ministre estime raisonnable.

R.M. 98/93; 98/94; 13/97; 78/2010

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

Continues on page 9.

Suite à la page 9.

10(2) Accommodation that is used as private accommodation in a hospital shall not have more than one bed per room and accommodation that is used as semi-private accommodation shall not have more than two beds per room.

10(3) In the case of an emergency, no hospital with available private or semi-private accommodation shall refuse to admit a person because there is no standard accommodation available.

No charge for private and semi-private accommodation in certain cases

11 If the attending medical practitioner certifies that an insured person's condition is such that he or she requires emergency admission as an in-patient, and standard accommodation is not available in the hospital, or if the attending medical practitioner certifies that the insured person is an isolation case or is in such a condition that he or she requires private or semi-private accommodation, the hospital shall not make any charge to the patient for private or semi-private accommodation unless that accommodation was requested by or on behalf of the insured person.

Charges for person for whom minister not liable for payment

12 The charges that may be made by a hospital to a person for whom the minister is not liable for payment are,

(a) if the hospital is not in a health region, the rate of payment established for that hospital under section 58 of the Act; and

(b) if the hospital is in a health region, the rate of payment approved by the minister.

M.R. 77/97

Access to chart and records

13 Every hospital shall, on request, give a person designated by the minister free access to the hospital chart and other records pertaining to any insured person.

10(2) Les chambres d'hôpital à un lit ne peuvent compter plus d'un lit et les chambres à deux lits ne peuvent en compter plus de deux.

10(3) En cas d'urgence, les hôpitaux qui disposent de chambres vides à un ou deux lits ne peuvent refuser un patient sous prétexte qu'aucun lit en salle commune n'est disponible.

Aucuns frais pour une chambre à un lit ou à deux lits dans certains cas

11 Si le médecin traitant certifie que l'assuré doit être hospitalisé d'urgence en raison de son état de santé et qu'aucun lit en salle commune n'est disponible, ou si le médecin traitant certifie que l'assuré doit être mis en quarantaine ou que son état de santé demande qu'il soit mis dans une chambre à un ou deux lits, l'hôpital ne facture pas la chambre à un ou deux lits au patient à moins qu'il ait demandé ou qu'on ait demandé en son nom une chambre à un ou deux lits.

Frais pour les non-assurés

12 Les hôpitaux peuvent facturer à une personne qui n'est pas assurée par le ministre :

a) s'ils ne sont pas situés dans une région sanitaire, les frais fixés en vertu de l'article 58 de la *Loi* pour l'hôpital où elle reçoit les services;

b) s'ils sont dans une région sanitaire, les frais qu'approuve le ministre.

R.M. 77/97

Accès aux dossiers médicaux

13 L'hôpital doit, sur demande, permettre à la personne désignée par le ministre de consulter librement les dossiers médicaux des assurés.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

HOSPITAL SERVICES OUTSIDE MANITOBA

In-patient hospital services

14 Subject to sections 15 to 23, where an insured person receives in-patient services in a hospital outside Manitoba the minister may

(a) reimburse the insured person for all or part of the cost of the in-patient services received on presentation to the minister of a detailed receipt from the hospital for payment made to the hospital by the insured person; or

(b) make payment directly to the hospital for the in-patient services received by the insured person.

Limitation

15(1) It is a condition of payment for in-patient services under section 14 that,

(a) the hospital that supplied the services

(i) is licensed or approved as a hospital by the governmental hospital licencing authority in the jurisdiction in which the hospital is situated or by the Government of Canada,

(ii) is the type of institution that in the opinion of the minister properly falls in the category of an active treatment hospital as that term is understood and applied by the minister to hospitals in Manitoba, and

(iii) is not an institution associated with a mineral spring or spa;

(b) the minister receives from the hospital which provided the services a certified statement that shows,

(i) that the patient was admitted by a medical practitioner or a licensed dentist,

(ii) the diagnosis of the condition for which the patient was admitted,

SERVICES HOSPITALIERS HORS-PROVINCE

Services en hôpital

14 Sous réserve des articles 15 à 23, lorsqu'un assuré reçoit des services en hôpital hors-province, le ministre, selon le cas :

a) rembourse à l'assuré, en tout ou partie, le coût des services en hôpital, sur présentation d'un reçu détaillé faisant état des paiements qu'il a effectués à l'hôpital;

b) paie directement l'hôpital pour les services en hôpital reçus par l'assuré.

Restriction

15(1) L'article 14 pose comme conditions de paiement des services en hôpital que :

a) l'hôpital qui a fourni les services :

(i) soit titulaire d'un permis ou soit approuvé comme hôpital par le gouvernement du Canada ou par l'organisme de réglementation provincial compétent,

(ii) appartienne à la catégorie des hôpitaux de traitements actifs, selon le sens que le ministre donne à ce terme et l'application qu'il en fait à l'égard des hôpitaux du Manitoba,

(iii) ne soit pas un établissement rattaché à une source d'eau minérale ou à une station thermale;

b) le ministre reçoive, de l'hôpital qui a fourni les services, une déclaration certifiée indiquant :

(i) l'admission du malade par ordre d'un médecin ou d'un dentiste,

(ii) le diagnostic sur lequel se fonde l'admission du malade,

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

(iii) the date of admission and the date of discharge or death of the patient,

(iv) the nature of complications or sequelae, if any, that would explain a longer than average stay in hospital for a person with the disease or condition diagnosed,

(v) the nature of any special treatment procedures or surgery that were performed on the patient,

(vi) the discharge diagnosis or cause of death, as the case may be, and

(vii) such other information as may be requested by the minister;

(c) in any case where the in-patient services continued beyond a period of 30 days, the minister was notified of that fact in writing not later than the 40th day following admission; and

(d) a claim is submitted within six months of the date of separation or discharge.

15(2) The minister may extend the time referred to in clause 1(d) if in the minister's opinion there are extenuating circumstances that prevented the filing of the claim within the six month period.

Payment for in-patient services

16(1) Where in-patient services are provided in a hospital in a participating hospital province, the amount payable shall be in accordance with the rates approved by the provincial authority in that participating hospital province.

16(2) Where in-patient services are provided in a hospital outside a participating hospital province and,

(a) the insured person has been referred outside a participating hospital province by a medical practitioner practising in Manitoba who is a specialist in the appropriate field of practice; and

(iii) la date d'admission du malade ainsi que la date de son congé ou de son décès,

(iv) la nature des complications ou des séquelles, le cas échéant, qui justifient l'hospitalisation plus longue qu'à l'ordinaire d'une personne souffrant de la maladie ou de l'affection diagnostiquée,

(v) la nature des traitements spéciaux ou des actes chirurgicaux auxquels a été soumis le malade,

(vi) le diagnostic au moment du congé ou la cause du décès, selon le cas,

(vii) les autres renseignements demandés par le ministre;

c) le ministre soit avisé par écrit au plus tard le 40e jour suivant l'admission, dans les cas où les soins en hôpital se sont poursuivis pendant plus de 30 jours;

d) la demande de règlement soit présentée dans les six mois de la date à laquelle le malade a reçu son congé.

15(2) Le ministre peut proroger le délai prévu à l'alinéa (1)d) s'il est d'avis que des circonstances atténuantes ont empêché le dépôt de la demande de règlement dans le délai de six mois.

Prestations pour services en hôpital

16(1) Les frais pour services en hôpital fournis dans un hôpital d'une province participant au régime d'assurance-hospitalisation sont remboursés aux taux fixés par l'organisme de réglementation compétent de la province en question.

16(2) Sont couverts les services en hôpital fournis dans un hôpital d'une province ne participant pas au régime d'assurance-hospitalisation, pourvu que :

a) l'assuré y ait été dirigé par un médecin qui exerce au Manitoba et qui est spécialisé dans le domaine approprié;

(b) the minister determines that the services could not be adequately provided in a hospital in Manitoba or elsewhere in Canada;

the amount payable is the greater of

(c) 75% of the hospital charges for the in-patient services; and

(d) a per diem rate of payment as follows:

(i) for a newborn, $150.00,

(ii) for other insured persons, a rate based on the number of beds in the hospital in which the services are provided, as set out below:

No. of beds	Per diem rate
1-100	$ 349.00
101-500	$ 491.00
over 500	$1,043.00

except that the per diem rate under this clause shall in no case be more than the actual hospital charges.

M.R. 126/93; 226/94; 47/2003

16(3) Where in-patient services are provided in a hospital outside a participating hospital province and the conditions set out in clauses (2)(a) and (b) have not been met, but the in-patient services

(a) are required because of an accident or sudden attack of illness;

(b) are provided to a person named in an out-of-province registration certificate referred to in the *Residency and Registration Regulation* made under the Act;

(c) are provided to an insured person or his or her dependants, if any, temporarily employed outside Manitoba; or

(d) are provided to an insured person or his or her dependants, if any, temporarily absent for the purpose of furthering his or her education;

b) le ministre soit d'avis que les services en question ne pourraient être fournis de façon satisfaisante dans un hôpital du Manitoba ni d'ailleurs au Canada;

dans ce cas, le montant payable correspond au plus élevé des montants suivants :

c) 75 % des frais pour services en hôpital;

d) le taux quotidien qui suit :

(i) pour un nouveau-né, 150,00 $,

(ii) pour les autres assurés, le taux fondé sur le nombre de lits de l'hôpital dans lequel les services sont fournis, tel qu'il est établi ci-dessous :

Nombre de lits	Taux quotidien
1-100	349,00 $
101-500	491,00 $
plus de 500	1 043,00 $

le taux quotidien établi en vertu du présent alinéa ne dépasse jamais les frais d'hôpitaux réels engagés.

R.M. 126/93; 226/94; 47/2003

16(3) Lorsque les services en hôpital sont fournis dans un hôpital d'une province ne participant pas au régime d'assurance-hospitalisation et que les conditions précisées aux alinéas (2)a) et b) ne sont pas remplies, mais que les services en hôpital, selon le cas :

a) s'avèrent nécessaires par suite d'un accident ou d'une maladie subite;

b) soient fournis à une personne dont le nom paraît sur un certificat d'inscription pour personnes hors-province mentionné au *Règlement sur la résidence et l'inscription* pris en application de la *Loi*;

c) soient fournis à un assuré ou à ses personnes à charge, le cas échéant, qui sont employés temporairement à l'extérieur de la province;

d) soient fournis à un assuré ou à ses personnes à charge, le cas échéant, qui sont temporairement absents de la province afin de poursuivre leurs études;

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

the minister shall reimburse the insured person or make payment directly to the hospital in an amount which is the lesser of

(e) the actual hospital charges for the insured in-patient services provided; and

(f) the per diem rate of payment based on the number of beds in the hospital in which the services are provided, as set out below:

No. of beds	Per diem rate
1-100	$280.00
101-500	$365.00
over 500	$570.00

M.R. 126/93

dans ce cas, le ministre rembourse à l'assuré ou verse directement à l'hôpital le moins élevé des montants suivants :

e) les frais assurés réels engagés;

f) le taux quotidien fondé sur le nombre de lits de l'hôpital dans lequel les services sont fournis, tel qu'il est établi ci-dessous :

nombre de lits	taux quotidien
1 à 100	280,00 $
101 à 500	365,00 $
plus de 500	570,00 $

R.M. 126/93

16(4) No payment shall be provided if the conditions set out in subsections (2) and (3) have not been met.

16(4) Aucun versement ne peut être fait si les conditions précisées aux paragraphes (2) et (3) ne sont pas remplies.

Where in-patient services no longer required

17 Where the minister, after such inquiries and on such evidence as the minister may require, determines that an insured person receiving in-patient services in a hospital outside Manitoba no longer requires those in-patient services, the minister shall notify the insured person and the hospital of the determination and the minister shall not make any payment to the hospital or to the insured person for in-patient services received after the date specified in the notification.

Services en hôpital qui ne sont plus nécessaires

17 Si, après avoir mené les enquêtes et reçu les preuves nécessaires le ministre est d'avis que l'assuré n'a plus besoin des soins en hôpital qu'il reçoit hors-province, il en avise l'assuré et l'hôpital et cesse, à partir de la date précisée dans l'avis, de verser des prestations pour les soins en hôpital.

Out-patient hospital services

18(1) Where out-patient services are provided to an insured person in a hospital in a participating hospital province, the minister may reimburse the insured person or make a direct payment to the hospital in accordance with the rates approved by the provincial authority in that participating hospital province.

Soins en consultation externe

18(1) Le ministre peut rembourser à l'assuré ou verser directement à l'hôpital, aux taux approuvés par l'organisme de réglementation compétent de la province participante, les frais engagés relativement aux soins en consultation externe fournis à l'assuré dans un hôpital d'une province participant au régime d'assurance-hospitalisation.

18(2) Where out-patient services are provided to an insured person in a hospital outside a participating hospital province and

18(2) Sont assurés les frais engagés relativement aux soins en consultation externe fournis à l'assuré dans un hôpital d'une province ne participant pas au régime d'assurance-hospitalisation pourvu que :

(a) the insured person has been referred outside a participating hospital province by a medical practitioner practising in Manitoba who is a specialist in the appropriate field of practice; and

(b) the minister determines that the services could not be adequately provided in a hospital in Manitoba or elsewhere in Canada;

the minister shall reimburse the insured person or make payment directly to the hospital in an amount which is the greater of

(c) 75% of the actual hospital charges for the insured out-patient services; and

(d) $62.00 per visit.

M.R. 126/93; 226/94; 47/2003

18(2.1) Where out-patient services are provided to an insured person in a hospital outside a participating hospital province, and the out-patient services

(a) are required because of an accident or sudden attack of illness;

(b) are provided to a person named in an out of province registration certificate referred to in the *Residency and Registration Regulation* made under the Act;

(c) are provided to an insured person or his or her dependants, if any, temporarily employed outside Manitoba; or

(d) are provided to an insured person, including dependants, if any, temporarily absent for the purpose of furthering his or her education;

the minister shall reimburse the insured person or make payment directly to the hospital in an amount which is the lesser of

(e) the actual hospital charges for the insured out-patient services; and

a) l'assuré y ait été dirigé par un médecin qui exerce au Manitoba et qui est spécialisé dans le domaine approprié;

b) le ministre soit d'avis que les services en question ne pourraient être fournis de façon satisfaisante dans un hôpital du Manitoba ni d'ailleurs au Canada.

Dans ce cas, le ministre rembourse à l'assuré ou verse directement à l'hôpital le plus élevé des montants suivants :

c) 75 % des frais assurés réels engagés;

d) 62,00 $ par visite.

R.M. 126/93; 226/94; 47/2003

18(2.1) Sont assurés les frais engagés relativement aux soins en consultation externe fournis à l'assuré dans un hôpital d'une province ne participant pas au régime d'assurance-hospitalisation, pourvu que les soins en question, selon le cas :

a) s'avèrent nécessaires par suite d'un accident ou d'une maladie subite;

b) soient fournis à une personne dont le nom paraît sur un certificat d'inscription pour personnes hors-province mentionné au *Règlement sur la résidence et l'inscription* pris en application de la *Loi*;

c) soient fournis à un assuré, ou à ses personnes à charge, le cas échéant, qui sont employés temporairement à l'extérieur de la province;

d) soient fournis à un assuré, ou à ses personnes à charge, le cas échéant, qui sont temporairement absents de la province afin de poursuivre leurs études.

Dans ce cas, le ministre rembourse à l'assuré ou verse directement à l'hôpital le moins élevé des montants suivants :

e) les frais assurés réels engagés;

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

(f) $100.00 per visit or, in the case of hemodialysis, $215.00 per treatment.

M.R. 126/93; 225/93; 54/94

18(3) No payment shall be provided if the conditions set out in subsection (2) or (2.1) have not been met.

M.R. 126/93

Minister may increase amount

19 Upon receipt of an application in a form and manner as the minister may require, the minister may pay amounts greater than the amounts otherwise payable in respect of services that meet the requirements set out in subsection 16(2) or clause 18(2)(b) if in the minister's opinion it is fair and reasonable to do so having regard to the services provided and the financial circumstances of the insured person.

Insured person may assign benefits

19.1 An insured person may assign any benefit that the person is entitled to receive for in-patient or out-patient services provided outside Canada if the assignment is made to a person or organization with whom the government has entered into an agreement governing payment of such benefits.

M.R. 206/94

Dental services in a hospital

20(1) Where an insured person receives, as an in-patient or an out-patient, the dental services described in Schedule C outside of Manitoba but within Canada, the amount payable is an amount up to but not exceeding the amount that is approved by the Health Care Insurance Plan of the province in which the services are provided, but if there is an agreement that apportions cost between the respective Health Care Insurance Plans in a different manner, then payment shall be made in accordance with the agreement.

f) 100 $ par visite ou, dans le cas d'hémodyalise, 215 $ par traitement.

R.M. 126/93; 225/93; 54/94

18(3) Aucun versement ne peut être fait si les conditions précisées au paragraphe (2) ou (2.1) ne sont pas remplies.

R.M. 126/93

Augmentation des prestations par le ministre

19 Le ministre peut, sur demande présentée en la forme qu'il prescrit, verser à l'assuré des prestations plus élevées que celles prescrites pour les services qui remplissent les exigences prévues au paragraphe 16(2) ou à l'alinéa 18(2)b) s'il est convaincu du bien-fondé et de l'équité de ce faire, compte tenu des services fournis et de la situation financière de l'assuré.

Cession des prestations

19.1 Les assurés peuvent céder les prestations auxquelles ils ont droit pour des services en hôpital ou des soins en consultation externe qu'ils ont reçus à l'extérieur du Canada, à la condition que la cession soit faite en faveur d'une personne ou d'une organisation avec laquelle le gouvernement a conclu une entente concernant le versement de telles prestations.

R.M. 206/94

Services dentaires dans les hôpitaux

20(1) Lorsqu'un assuré reçoit, en qualité de malade hospitalisé ou de malade en consultation externe, les services dentaires visés à l'annexe C et fournis au Canada, mais à l'extérieur de la province, les prestations payables ne peuvent dépasser le montant approuvé par le Régime d'assurance-maladie de la province dans laquelle les soins ont été fournis. Toutefois, lorsqu'il existe une entente de répartition des coûts entre les régimes d'assurance-maladie des provinces concernées, les prestations sont versées conformément à l'entente en question.

20(2) Where

(a) an insured person receives the dental services described in Schedule C outside of Canada; and

(b) the dental services,

(i)are required because of an accident or sudden attack of illness,

(ii) in the opinion of the minister could not be adequately provided in Manitoba,

(iii) are provided to a person named in an out of province certificate,

(iv) are provided to an insured person or his or her dependants, if any, temporarily employed outside Manitoba, or

(v) are provided to an insured person or his or her dependants, if any, temporarily absent for the purpose of furthering his or her education;

the amount payable is an amount up to but not exceeding the amount set out in Schedule C.

20(3) No payment shall be provided if the conditions set out in subsection (2) have not been met.

Payment conditional on receipt or account

21(1) It is a condition of payment for insured dental services provided outside of Manitoba that within six months from the date upon which the services were provided the insured person submit to the minister an itemized receipt or account that shows the services provided and the fees paid or payable.

21(2) The minister may extend the time referred to in subsection (1) if in the minister's opinion there are extenuating circumstances that prevented the filing of the claim within the six month period.

21(3) Rather than making payment directly to an insured person for insured dental services provided outside Manitoba, the minister may pay the person who provided the services if the insured person has not paid the fees for the services provided.

20(2) La prestation à verser ne dépasse pas les montants prévus à l'annexe C dans les cas suivants :

a) les services dentaires visés à cette annexe sont fournis à un assuré, à l'extérieur du Canada;

b) les services dentaires, selon le cas :

(i) sont nécessaires en raison d'un accident ou d'une maladie soudaine,

(ii) ne pouvaient, de l'avis du ministre, être fournis de façon satisfaisante au Manitoba,

(iii) sont fournis à une personne dont le nom figure sur un certificat d'inscription pour personnes hors-province,

(iv) sont fournis à un assuré, ou à ses personnes à charge, le cas échéant, qui sont employés temporairement à l'extérieur de la province,

(v) sont fournis à un assuré, ou à ses personnes à charge, le cas échéant, qui sont temporairement absents de la province afin de poursuivre leurs études.

20(3) Aucun versement ne peut être fait si les conditions précisées au paragraphe (2) ne sont pas remplies.

Versement conditionnel de prestations

21(1) Dans les six mois qui suivent la réception, à l'extérieur de la province, des services dentaires assurés, l'assuré doit soumettre au ministre un état de compte ou une facture détaillant les services reçus ainsi que les honoraires et les frais payés ou à payer s'il veut recevoir des prestations.

21(2) Le ministre peut proroger le délai prévu au paragraphe (1) s'il considère que des circonstances atténuantes ont empêché le dépôt de la demande de règlement dans le délai de six mois.

21(3) Le ministre peut verser la prestation directement à la personne qui a fourni les services dentaires assurés plutôt qu'à un assuré qui n'a pas payé directement la personne en question pour les services reçus.

Services for the mentally ill
22(1) Where in-patient services are provided to an insured person in a psychiatric hospital outside a participating hospital province and the hospital is approved by the minister, the amount payable is $240.61 per day for a period of not more than 60 days in a calendar year.

M.R. 126/93; 226/94

22(2) Despite subsection (1), payment may be made for more than 60 days if the minister is satisfied that there are extenuating circumstances that necessitate in-patient services being provided for more than 60 days.

M.R. 126/93

Reimbursement for a dependant
23 Where an insured person who is entitled to reimbursement under sections 14 to 22 is a dependant, reimbursement may be made to the family registrant.

Soins pour les handicapés mentaux
22(1) Des prestations de 240,61 $ par jour sont versées pour une période maximale de 60 jours par année civile à l'égard des services en hôpital fournis à un assuré dans un hôpital psychiatrique d'une province ne participant pas au régime d'assurance-hospitalisation, lequel hôpital est approuvé par le ministre.

R.M. 126/93; 226/94

22(2) Par dérogation au paragraphe (1), le ministre peut, s'il est convaincu que l'hospitalisation de l'assuré pour une période supérieure à 60 jours est nécessaire en raison de circonstances atténuantes, proroger la période de paiement des prestations.

R.M. 126/93

Remboursement pour une personne à charge
23 Le remboursement des prestations pour une personne à charge assurée en vertu des articles 14 à 22 peut être versé au chef de famille.

HOSPITAL ADMINISTRATION

Hospital to furnish information
24 Every hospital in Manitoba that is entitled under the Act to receive payments from the minister or a regional health authority in respect of in-patient and out-patient services provided in that hospital shall forward to the minister,

(a) within two weeks after an in-patient is discharged from hospital or dies in a hospital, a notification of the discharge or death including any additional information that may be required by the minister in the form required by the minister; and

(b) within two weeks after a patient has received services on a non-admission basis, a notification of such services as may be required by the minister including additional information that may be required by the minister in the form required by the minister.

M.R. 77/97

ADMINISTRATION DES HÔPITAUX

Renseignements que doivent fournir les hôpitaux
24 Les hôpitaux du Manitoba qui ont droit, en vertu de la *Loi*, à des prestations du ministre ou d'un office régional de la santé pour les services en hôpital et les soins en consultation externe qu'ils ont fournis font parvenir au ministre :

a) dans les deux semaines qui suivent le congé ou le décès d'un malade hospitalisé, un avis de congé ou de décès présenté en la forme prescrite par le ministre et contenant les renseignements supplémentaires que pourrait exiger celui-ci;

b) dans les deux semaines qui suivent la réception par un malade de soins en consultation externe, un avis de prestation de soins présenté en la forme prescrite par le ministre et contenant les renseignements supplémentaires que pourrait exiger celui-ci.

R.M. 77/97

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014
Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

Books, records, and returns

25(1) Every hospital in Manitoba shall keep and maintain such books and records as will comply with the established and recognized accounting procedures and practices for hospitals, and such particular books and records as the minister and, if the hospital is in a health region, the regional health authority, may require in writing.

M.R. 77/97

25(2) Every hospital in Manitoba shall provide the minister or, if the hospital is in a health region, the regional health authority, with such hospital records and statements as the minister or the regional health authority requests from time to time.

M.R. 77/97

26 Repealed.

M.R. 77/97

27(1) Repealed.

M.R. 77/97

Budgets

27(2) The minister shall not approve any part of capital debt incurred on or after July 1, 1958 that is greater than the lesser of

(a) the cost approved by the minister for land acquisition, buildings constructed, fixed equipment installed and other equipment, less the sum of

(i) any construction grant paid by the Government of Canada or the Government of Manitoba,

(ii) the total cost of serviced land, and

(iii) such funds in the capital fund account as the minister may determine; and

(b) the actual amount borrowed for land acquisition, building construction, fixed equipment installed and other equipment.

Registres, dossiers et autres documents

25(1) Les hôpitaux du Manitoba tiennent les registres et les dossiers nécessaires, selon les méthodes comptables reconnues à l'égard des hôpitaux, ainsi que les autres registres et les autres dossiers que le ministre et, si les hôpitaux sont situés dans une région sanitaire, l'office régional de la santé leur demandent, par écrit, de tenir.

R.M. 77/97

25(2) Les hôpitaux du Manitoba fournissent au ministre ou, s'ils sont situés dans une région sanitaire, à l'office régional de la santé les états et les dossiers qu'exige le ministre ou l'office.

R.M. 77/97

26 Abrogé.

R.M. 77/97

27(1) Abrogé.

R.M. 77/97

Prévisions budgétaires

27(2) Le ministre se refuse à autoriser les éléments de dette en capital contractés depuis le 1er juillet 1958 qui sont plus élevés que le moindre des montants suivants :

a) les dépenses autorisées par le ministre pour l'achat de biens-fonds, la construction d'édifices, l'achat et l'installation d'équipement fixé à demeure et autre équipement, moins la somme de ce qui suit :

(i) les subventions à la construction accordées par le gouvernement du Canada ou du Manitoba,

(ii) le coût total des biens-fonds viabilisés,

(iii) les sommes à l'actif du compte du fonds de capital et d'emprunt déterminées par le ministre;

b) le montant réel emprunté pour l'achat de biens-fonds, la construction d'édifices, l'achat et l'installation d'équipement fixé à demeure et autre équipement.

Approval of loan
28 When making application for approval of a loan, a hospital shall furnish such information as may be required by the minister.

Capital fund account
29(1) All monies received by a hospital on account of that portion of hospital costs approved under subsection 31(8) arising from depreciation on equipment, depreciation on buildings, principal and interest on capital debt and monies retained by the hospital under subsection 30(2), shall be deposited in a bank, trust company or credit union in the name of the hospital to be known as the "capital fund account" unless otherwise approved by the minister and, subject to subsections (2) and (3), such monies shall be used only for the following purposes:

(a) payment of interest on approved capital loans;

(b) repayment of approved capital loans;

(c) payment of approved equipment purchases;

(d) payment on account of the cost of approved construction; and

(e) such other purposes as may be approved by the minister.

29(1.1) Notwithstanding subsection (1), if the operations, property and obligations of one or more hospitals are transferred to a regional health authority, the regional health authority

(a) shall deposit in a separate account in a bank, trust company or credit union of the regional health authority, which shall be known as the "capital fund account", monies so transferred to the regional health authority, which were in, or were to be deposited in, the capital fund accounts maintained by the hospital or hospitals under subsection (1);

(b) shall expend the monies from the capital fund bank account established under clause (a) in accordance with the regional health plan approved by the minister under *The Regional Health Authorities Act*; and

Autorisation d'emprunt
28 L'hôpital fournit les renseignements exigés par le ministre lorsqu'il présente une demande d'autorisation d'emprunt.

Compte du fonds de capital et d'emprunt
29(1) L'hôpital dépose dans son « compte du fonds de capital et d'emprunt » dans une banque, une compagnie de fiducie ou une caisse populaire, les fonds qu'il reçoit pour couvrir une partie des coûts hospitaliers autorisés en application du paragraphe 31(8) et attribuables à l'amortissement de l'équipement et des édifices, au principal et à l'intérêt sur la dette en capital, ainsi qu'aux sommes qu'il retient en application du paragraphe 30(2), à moins d'indication contraire du ministre. Sous réserve des paragraphes (2) et (3), ces fonds ne peuvent servir qu'aux fins suivantes :

a) le paiement des intérêts sur les emprunts en capital autorisés;

b) le remboursement des emprunts en capital autorisés;

c) le paiement des achats d'équipement autorisés;

d) le paiement des dépenses de construction autorisées;

e) toute autre fin autorisée par le ministre.

29(1.1) Malgré le paragraphe (1), les offices régionaux de la santé à qui sont transférés les activités, les biens et les responsabilités d'hôpitaux :

a) déposent dans leur « compte du fonds de capital et d'emprunt », dans une banque, une société de fiducie ou une caisse populaire avec laquelle elles font affaires, les sommes qui leur sont transférées et qui proviennent des comptes du fonds de capital et d'emprunt que les hôpitaux en question ont en application du paragraphe (1), ou qui devaient y être versées;

b) dépensent les sommes du compte de capital et d'emprunt ouvert en vertu de l'alinéa a) conformément au plan sanitaire régional que le ministre approuve en vertu de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*;

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

(c) may invest the monies from the capital fund bank account under clause (a) in any registered stocks, bonds, debentures or securities of, or guaranteed by the government of Canada or Manitoba and in accordance with *The Regional Health Authorities Act* and the regulations under that Act.

M.R. 77/97

29(2) Monies in the capital fund account that represent depreciation on building and principal interest on approved capital debt may not be used to purchase equipment except with the approval of the minister.

29(3) Monies in the capital fund account that represent depreciation on equipment may be used only to purchase equipment unless otherwise approved by the minister.

29(4) Monies in the capital fund account that are not immediately required may be invested by the hospital from time to time in any registered stock, bonds, debentures or securities of or guaranteed by the Government of Canada, or of or guaranteed by the Government of Manitoba.

29(5) Every hospital shall

(a) maintain in its accounting records a separate account to be known as the "**capital fund account**" which shall include

(i) the capital fund bank account, and

(ii) all investments made from the capital fund account; and

(b) at the end of each year, submit to the minister or, if the hospital is in a health region, to the regional health authority, a statement and other particulars in respect of its capital fund account, in the form that the minister or the regional health authority may require.

M.R. 77/97

c) peuvent placer les sommes du compte de capital et d'emprunt visé à l'alinéa a) dans des actions, des obligations, des débentures ou des valeurs mobilières nominatives qu'émet ou que garantit le gouvernement du Canada ou du Manitoba, et ce, conformément à la *Loi sur les offices régionaux de la santé* et à ses règlements d'application.

R.M. 77/97

29(2) Les fonds du compte du fonds de capital et d'emprunt qui représentent l'amortissement des édifices ainsi que l'intérêt sur la dette en capital autorisée ne peuvent, sans l'autorisation du ministre, être utilisés pour acheter de l'équipement.

29(3) Les fonds du compte du fonds de capital et d'emprunt qui représentent l'amortissement de l'équipement ne peuvent, sans l'autorisation du ministre, être utilisés à d'autres fins que l'achat d'équipement.

29(4) Les hôpitaux peuvent placer les fonds se trouvant dans le compte du fonds de capital et d'emprunt et dont ils n'ont pas immédiatement besoin dans des actions, des obligations, des débentures ou des valeurs mobilières nominatives émises ou garanties par le gouvernement du Canada ou du Manitoba.

29(5) Les hôpitaux :

a) tiennent, dans leurs registres comptables, un compte distinct intitulé « **compte du fonds de capital et d'emprunt** » qui fait état :

(i) du compte bancaire du fonds de capital et d'emprunt,

(ii) des placements faits à partir du compte du fonds de capital et d'emprunt;

b) soumettent au ministre ou, s'ils sont dans une région sanitaire, à l'office régional de la santé, à la fin de chaque année, un état de compte ainsi que les autres détails relatifs au compte du fonds de capital et d'emprunt en la forme que prévoit le ministre ou l'office.

R.M. 77/97

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014
Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

29(6) If the operations, property and obligations of one or more hospitals are transferred to a regional health authority, the regional health authority shall

(a) maintain in its records a separate account to be known as the "**capital fund account**", which shall include

(i) the capital fund bank account established by the regional health authority under subsection (1.1), and

(ii) all investments made from the capital fund bank account; and

(b) at the end of each year, submit to the minister a statement and other particulars in respect to its capital fund account, in the form the minister may require.

M.R. 77/97

29(6) Les offices régionaux de la santé à qui sont transférés les activités, les biens et les responsabilités d'hôpitaux :

a) tiennent dans leurs registres comptables un « **compte du fonds de capital et d'emprunt** » qui fait état :

(i) du compte du fonds de capital et d'emprunt qu'ils ont ouvert en application du paragraphe (1.1),

(ii) des placements du compte du fonds de capital et d'emprunt;

b) soumettent au ministre, à la fin de chaque année, un état de compte ainsi que les autres détails relatifs au compte du fonds de capital et d'emprunt en la forme que prévoit le ministre.

R.M. 77/97

Payments

30(1) The minister shall make to each hospital that is not in a health region a semi-monthly payment computed by dividing the amount of the hospital's budget approved under section 58 of the Act by 24.

M.R. 77/97

Paiements

30(1) Le ministre verse à chaque hôpital qui n'est pas situé dans une région sanitaire un paiement bimensuel calculé en divisant par 24 le montant du budget de l'hôpital approuvé en vertu de l'article 58 de la *Loi*.

R.M. 77/97

30(1.1) A hospital in a health region shall be funded in accordance with any agreements between the operator of the hospital and the regional health authority.

M.R. 77/97

30(1.1) Les hôpitaux qui sont situés dans une région sanitaire sont financés conformément aux accords conclus, le cas échéant, entre leur dirigeant et l'office régional de la santé.

R.M. 77/97

30(2) In addition to the payments or funding referred to in subsection (1) and (1.1),

(a) a hospital may retain 20% of all net income derived from the hospital's charges to patients for semi-private and private accommodation that are in excess of the charges that would have been made to such patients had they been accommodated in a standard ward, and those monies shall be used only for the purposes described in subsection 29(1); and

30(2) En plus des paiements et du financement qu'ils reçoivent en application des paragraphes (1) et (1.1) :

a) les hôpitaux peuvent retenir 20 % du revenu total net tiré de la partie des frais hospitaliers facturés aux malades pour les chambres à un lit ou à deux lits qui est en sus des frais qui auraient été facturés si ces malades avaient été placés dans une salle commune, les fonds ainsi retenus ne pouvant être affectés qu'aux fins mentionnées au paragraphe 29(1);

(b) a regional health authority that takes over the operation of a hospital may retain 20% of all net income derived from the charges to patients for private and semi-private accommodation in the hospital that are in excess of the charges that would have been made to such patients had they been accommodated in a standard ward, and those monies shall be used only for purposes described in subsection 29(1.1).

M.R. 77/97

Year end settlement

31(1) On or before October 1 in each year, every hospital shall submit to the minister an audited financial statement and statistical report which shall be in the form and contain the information as the minister may require, respecting the operations of the hospital for the preceding 12 month period ending March 31.

31(2) The audited financial statement required under subsection (1) may include depreciation on furniture and equipment, but if an item of equipment is acquired at a cost that is

(a) in excess of $20,000. by the St. Boniface General Hospital or the Health Sciences Centre;

(b) in excess of $10,000. by a hospital over 135 beds other than the St. Boniface General Hospital or the Health Sciences Centre; or

(c) in excess of $4,000. by hospitals of 135 beds and under;

depreciation on that equipment may be included only if the minister has approved the aqcuisition in writing.

31(3) Every hospital over 135 beds shall submit to the minister on a quarterly basis a list of all equipment purchases, regardless of cost.

b) les offices régionaux de la santé qui assument les activités d'hôpitaux peuvent retenir 20 % du revenu total net tiré de la partie des frais hospitaliers facturés aux malades pour les chambres à un lit ou à deux lits qui est en sus des frais qui auraient été facturés si ces malades avaient été placés dans une salle commune, les fonds ainsi retenus ne pouvant être affectés qu'aux fins mentionnées au paragraphe 29(1.1).

R.M. 77/97

Fin de l'exercice

31(1) Au plus tard le 1er octobre de chaque année, les hôpitaux soumettent au ministre leurs états financiers vérifiés et un rapport statistique de leurs activités pendant la période de 12 mois ayant pris fin le 31 mars précédent. Les états financiers et le rapport statistique prennent la forme et contiennent les renseignements prescrits par le ministre.

31(2) Les états financiers vérifiés présentés en application du paragraphe (1) peuvent comprendre l'amortissement du mobilier et de l'équipement. Toutefois, l'amortissement de l'équipement acquis à un prix de revient supérieur aux montants précisés ci-après ne peut être inclus dans les états financiers que si le ministre en a approuvé l'achat par écrit :

a) 20 000 $ pour l'Hôpital général de Saint-Boniface ou le Centre des sciences de la santé;

b) 10 000 $ pour les hôpitaux comptant plus de 135 lits autres que l'Hôpital général de Saint-Boniface ou le Centre des sciences de la santé;

c) 4 000 $ pour les hôpitaux comptant au plus 135 lits.

31(3) Les hôpitaux comptant plus de 135 lits doivent fournir au ministre, tous les trois mois, une liste de leurs achats d'équipement, quel qu'en soit le prix de revient.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

31(4) A budget officer shall examine the audited financial statement and recommend to the minister the total amount that the hospital is entitled to receive, but before sending his or her recommendation to the minister, the budget officer shall notify the hospital of the recommendation and give the hospital an opportunity to request changes and to have the changes considered.

31(5) Where

(a) the hospital does not request changes; or

(b) after considering the changes requested, the budget officer makes a decision respecting the changes;

the budget officer shall forward a recommendation to the minister and at the same time notify the hospital to that effect.

31(6) A hospital that is dissatisfied with the recommendation of the budget officer may, within 30 days after receiving the notice under subsection (5), request that the minister refer the matter to the board.

31(7) If a hospital requests a referral under subsection (6), the minister shall refer the matter to the board and the board shall hear the matter and make a recommendation to the minister, but the minister is not bound by the board's recommendation.

31(8) On the expiration of the time for a hospital to request a referral to the board under subsection (6) or, if a referral has been made, on a recommendation being made by the board under subsection (7), the minister shall approve an amount respecting payment to the hospital.

31(9) The amount approved under subsection (8) is the amount determined by the minister for the purpose of subsection 60(2) of the Act.

Coming into force

32 This regulation comes into force on March 31, 1993.

31(4) Un trésorier examine les états financiers vérifiés de chaque hôpital et recommande au ministre le montant total que l'hôpital est en droit de recevoir. Toutefois, avant de transmettre ses recommandations au ministre, le trésorier en fait part à l'hôpital et lui donne l'occasion de demander des changements afin que ceux-ci soient étudiés.

31(5) Le trésorier transmet ses recommandations au ministre et en fait part à l'hôpital lorsque, selon le cas :

a) l'hôpital ne demande aucun changement;

b) il a pris une décision quant aux changements demandés par l'hôpital.

31(6) Les hôpitaux qui ne sont pas satisfaits des recommandations du trésorier peuvent, dans les trente jours suivant la réception de l'avis prévu au paragraphe (5), demander au ministre de renvoyer la question au Conseil.

31(7) Si un hôpital lui en fait la demande, le ministre renvoie la question au Conseil; celui-ci entend la question et présente au ministre ses recommandations, lesquelles n'ont aucun caractère obligatoire.

31(8) À l'expiration du délai prévu pour la demande de renvoi ou, si un renvoi a eu lieu, dès que les recommandations du Conseil lui sont présentées, le ministre approuve le montant à payer à l'hôpital.

31(9) Le montant approuvé en application du paragraphe (8) est celui qui est fixé par le ministre aux fins du paragraphe 60(2) de la *Loi*.

Entrée en vigueur

32 Le présent règlement entre en vigueur le 31 mars 1993.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

SCHEDULE A

HOSPITAL IN-PATIENT SERVICES

The following services are hospital in-patient services:

1 Accommodation and meals that are supplied to standard ward patients.

2 Necessary nursing services.

3 Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations (except where payment has been provided under the *Payments for Insured Medical Services Regulation* under the Act) for the purpose of maintaining health, preventing disease and assisting in the diagnosis and treatment of any injury, illness, or disability.

4 Drugs, biologicals, and related preparations.

5 Use of an operating room, case room, and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies.

6 Routine medical and surgical supplies.

7 Radiotherapy facilities where available.

8 Physiotherapy, occupational therapy and speech therapy facilities where available.

9 Services provided by persons who receive remuneration for those services from the hospital.

10 Other services that are approved by the minister.

ANNEXE A

SERVICES EN HÔPITAL

Les services suivants constituent des services en hôpital offerts aux malades hospitalisés :

1 hébergement et repas, selon ce qui est assuré aux malades en chambre ordinaire;

2 soins infirmiers nécessaires;

3 services de laboratoires, de radiologie et autres services de diagnostic, ainsi que l'interprétation nécessaire de leurs résultats (sauf s'ils ont été payés en vertu du *Règlement sur les soins médicaux assurés* pris en application de la *Loi*), qui sont dispensés pour préserver la santé des malades, prévenir les maladies et aider au diagnostic et au traitement des blessures, maladies ou incapacités;

4 médicaments, produits biologiques et préparations connexes;

5 utilisation des salles d'opération, des salles d'observations et des installations d'anesthésie, y compris l'équipement et les fournitures nécessaires;

6 fournitures médicales et chirurgicales ordinaires;

7 installations de radiothérapie, lorsque de telles installations sont disponibles;

8 installations de physiothérapie, d'ergothérapie et d'ortophonie, si de telles installations sont disponibles;

9 services fournis par des personnes qui sont rémunérées à cette fin par l'hôpital;

10 autres services approuvés par le ministre.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

SCHEDULE B

HOSPITAL OUT-PATIENT SERVICES

The services described in this Schedule are hospital out-patient services:

PART 1

The following services provided to an out-patient by a hospital:

1 Use of an operating room and anaesthetic facilities, including the necessary equipment and supplies.

2 Use of an emergency or examining room.

3 Necessary nursing service.

4 Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations (except where payment has been provided under the *Payments for Insured Medical Services Regulation* under the Act) for the purpose of maintaining health, preventing disease and assisting in the diagnosis and treatment of any injury, illness, or disability.

5 Routine medical and surgical supplies, drugs, biologicals and related preparations administered in a hospital but excluding the provision of routine, medical and surgical supplies and medications (unless otherwise approved by the minister) for the patient to take home.

6 Services provided by persons who receive remuneration for those services from the hospital.

ANNEXE B

SOINS EN CONSULTATION EXTERNE

Les services énumérés dans la présente annexe constituent des soins en consultation externe.

PARTIE 1

Les services suivants, qui sont fournis à un malade en consultation externe par un hôpital :

1 l'utilisation de la salle d'opération et des installations d'anesthésie, y compris l'équipement et les fournitures nécessaires;

2 l'utilisation de la salle d'urgence ou de la salle d'examen;

3 les soins infirmiers nécessaires;

4 les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic, ainsi que l'interprétation nécessaire de leurs résultats (sauf s'ils ont été payés en vertu du *Règlement sur les soins médicaux assurés* pris en application de la *Loi*), qui sont dispensés pour préserver la santé des malades, prévenir les maladies et aider au diagnostic et au traitement des blessures, maladies ou incapacités;

5 les fournitures médicales et chirurgicales ordinaires, ainsi que les médicaments, produits biologiques et préparations connexes administrés dans un hôpital, à l'exclusion des fournitures médicales et chirurgicales et médicaments ordinaires fournis aux malades pour qu'ils les emportent chez eux (sauf approbation à l'effet contraire du ministre);

6 les services fournis par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

PART 2

The following services including drugs, biologicals and related preparations administered in a hospital:

1 Physiotherapy, occupational therapy and speech therapy, when provided in a hospital approved by the minister.

2 Physiotherapy, occupational therapy and speech therapy, when provided in a hospital located outside of Manitoba, where available.

3 Services provided by the Pre-School Development Clinic under the administration of Health Sciences Centre--Children's Centre.

4 Services provided by the Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation including the services of therapeutic radiologists.

5 Geriatric and psychiatric day hospital services in hospitals authorized by the minister to provide these services.

6 Same day services in hospitals providing these services.

PARTIE 2

Les services suivants, y compris les médicaments, produits biologiques et préparations connexes administrés dans un hôpital :

1 les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'ortophonie fournis dans un hôpital approuvé par le ministre;

2 les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'ortophonie fournis dans un hôpital situé à l'extérieur du Manitoba, lorsque ces services sont disponibles;

3 les services fournis par le « Pre-School Development Clinic » sous la direction du « Health Sciences Center — Children's Centre »;

4 les services fournis par la Fondation de recherche et de traitement du cancer, y compris les services de radiothérapeutes;

5 les services hospitaliers en gériatrie et psychiatrie de jour offerts dans les hôpitaux autorisés par le ministre à assurer ces services;

6 les mêmes services de jour offerts dans les hôpitaux qui dispensent ces services.

PART 3

The following services, when provided in an approved facility, other than a hospital:

1 Dialysis.

2 Laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations for the purpose of maintaining health, preventing disease and assisting in the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability.

PARTIE 3

Les services suivants, lorsqu'ils sont fournis dans un centre approuvé, autre qu'un hôpital :

1 la dialyse;

2 les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic, ainsi que l'interprétation nécessaire de leurs résultats, qui sont dispensés pour préserver la santé des malades, prévenir les maladies et aider au diagnostic et au traitement des blessures, maladies ou incapacités.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

SCHEDULE C

DENTAL SERVICES IN A HOSPITAL

The services described in this Schedule are insured services when performed by a certified oral and maxillofacial surgeon or a licensed dentist in a hospital when in the opinion of the surgeon or dentist hospitalization is required for the proper performance of the procedure. The basis for hospitalization is determined by dental necessity, the medical status of the patient, or both.

PART 1

INSURED SERVICES

DIVISION 1

1 The following surgical procedures, including hospital costs, are insured services when performed by a certified oral and maxillofacial surgeon:

1. Excision of intra-oral cyst.
2. Traumatic injuries to soft tissue in and around the mouth.
3. Incision and drainage of abscess of dental origin (extra-oral or oral).
4. Excision of benign intra-oral tumors.
5. Caldwell-Luc for removal of root tip or foreign body.
6. Repair and closure of oral-antral fistula by Caldwell-Luc and mucosal or mucoperiosteal flaps.
7. Sialolithotomy.
8. Excision of ranula.
9. Open reduction of fractures of mandible or maxilla.
10. Closed reduction of fractures of mandible or maxilla.
11. Subcondylar closed osteotomy.
12. Oblique osteotomy of ramus, extra-oral.
13. Oblique osteotomy of ramus, intra-oral.
14. Body osteotomy or ostectomy.
15. Coronoidectomy.
16. Sagittal split osteotomy, intra-oral.
17. Sagittal split osteotomy, extra-oral.
18. Inverted L osteotomy.
19. "C" osteotomy.
20. Total maxillary osteotomy.
21. Le Fort II osteotomy.

21.1 Le Fort I with ramus osteotomy.

22. Anterior segmental osteotomy of the maxilla.
23. Posterior segmental osteotomy of the maxilla.
24. Midpalatal split, complete.
25. Anterior segmental osteotomy of the mandible.
26. Posterior segmental osteotomy of the mandible.
27. Total dento-alveolar osteotomy of the mandible.
28. Genioplasty.
29. Tempero-mandibular arthroplasty.
30. Avulsion of peripheral nerve (mental, infra-orbital or inferior alveolar).
31. Alveoloplasty.
32. Excision of torus palatinus.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

33. Excision of torus mandibularis.
34. Mylohyoid ridge reduction.
35. Reduction tuberoplasty.
36. Removal hyperplastic tissue.
37. Submucous vestibuloplasty.
38. Vestibuloplasty.
39. Lowering floor of mouth.
40. Augmentation pterygo maxillery tuberoplasty.
41. Skin or mucosal graft (up to 16 sq. inches).
42. Augmentation bone graft (major).
43. Augmentation bone graft (minor).
44. Intra-oral biopsy.
45. Therapeutic or diagnostic alcohol nerve block.
46. Periodontal surgery.
47. Surgical removal of any teeth or other oral/dental surgical procedure in hospital where such treatment is an integral part of the management or treatment of a specific systemic condition or trauma, and such oral/dental surgical procedure has been requested by the patient's attending medical practitioner.
48. Repealed, M.R. 57/2001.

M.R. 57/2001

2 Consultations, hospital care and after hours premiums, as set out in rules 13, 13.1 and 13.2 respectively of Part 2, Rules of Application, are separate insured services that are not included in hospital costs under section 1.

M.R. 57/2001

DIVISION 2

1 The following surgical procedures, including hospital costs, are insured services when performed by a licensed dentist:

1. Traumatic injuries to soft tissues in and around the mouth.

2. In an emergency and on the specific request of a medical practitioner, the following:
   Closed reduction of fractures of mandible or maxilla.
   Assistant's fees for these procedures or for assisting during open reduction of fractures of mandible or maxilla.

3. Surgical removal of any teeth or other oral/dental surgical procedure in hospital where such treatment is an integral part of the management or treatment of a specific systemic condition or trauma, and such oral/dental surgical procedure has been requested by the patient's attending medical practitioner.

M.R. 57/2001

2 Hospital care and after hours premiums, as set out in rules 13.1 and 13.2 respectively of Part 2, Rules of Application, are separate insured services that are not included in hospital costs under section 1.

M.R. 57/2001

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014
Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

DIVISION 3

1 In this Division and in Division 2 of Part 2, "**impacted tooth**" means a tooth that

(a) is completely or partially unerupted and positioned against another tooth, bone or soft tissue so that further eruption is unlikely; or

(b) fails to move into position and function within a reasonable length of time.

2(1) Surgical removal of impacted teeth, including hospital costs, is an insured service when performed by a certified oral and maxillofacial surgeon or a licensed dentist, if the following conditions are met:

(a) the practitioner provides a statement and supporting information, including X-rays where appropriate, acceptable to the minister that the procedure is a dental necessity and that

(i) hospital facilities are required for the proper performance of the procedure, or

(ii) a pre-existing medical condition requires in-hospital monitoring of the insured person during the peri-operative period; and

(b) the minister approves the procedure in writing before it is performed.

2(2) In determining whether a procedure is a dental necessity under clause (1)(a), the minister shall consider whether

(a) there is a significant risk to the insured person's oral health resulting from

(i) infection,

(ii) a non-restorable carious lesion,

(iii) a cyst,

(iv) a tumour,

(v) destruction of adjacent teeth and bone,

(vi) local pain that is continuous, such that it impairs the insured person's functioning, or

(vii) other criteria that the minister considers appropriate; or

(b) the procedure is necessary for the safe completion of another insured oral surgical procedure, including fracture treatment and osteotomy.

2(3) In subclause (1)(a)(ii), "**pre-existing medical condition**" includes:

(a) Central Nervous System Disorders:

(i) significant disability due to cerebrovascular accident,

(ii) epilepsy or seizures that are difficult to control,

(iii) significant cerebral palsy, myasthenia gravis, muscular dystrophy,

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

(iv) significant Alzheimer's Disease,

(v) other forms of active central nervous disorders where there is loss of sensory, motor or autonomic function under medical treatment;

(b) Cardiovascular Disorders:

(i) significant disability due to myocardial infarction,

(ii) unstable angina on active treatment,

(iii) unstable, significantly elevated hypertension on active treatment,

(iv) significant congestive heart failure,

(v) other forms of unstable cardiac disease under active treatment,

(vi) other cardiovascular disorders under treatment, including situations requiring extractions prior to cardiovascular surgery;

(c) Respiratory Disorders:

(i) unstable pulmonary disease under active management;

(d) Renal Disorders:

(i) unstable renal disease under active management;

(e) Hematologic Disorders:

(i) leukemias under chemotherapy,

(ii) hemophilias or other bleeding diathesis,

(iii) anemia with hemoglobin less than 10 grams %,

(iv) other unstable hematologic disorders under active management;

(f) Hepatic Disorders:

(i) hepatitis A, hepatitis B, non A non B hepatitis,

(ii) other significant hepatic diseases under active management;

(g) Endocrine Disorders:

(i) hypothalmic and pituitary disorders requiring steroid therapy,

(ii) insulin dependent diabetes mellitus requiring monitoring of blood glucose,

(iii) other unstable endocrine disorders under active management;

(h) Neoplastic Disorders:

(i) active cancer treatment, chemotherapy or radiotherapy,

(ii) other unstable neoplastic disorders under active treatment;

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

(i) Viral, Non Viral, Bacterial, Infectious or Immune Deficiency States:

(i) active herpes simplex,

(ii) A.I.D.S.,

(iii) other unstable infectious disorders under active treatment;

(j) Metabolic Disorders:

(i) malignant hyperthermia,

(ii) other significant metabolic disorders under active treatment;

(k) Other Disorders or Conditions:

(i) proven allergy to local anaesthetics,

(ii) pre-radiation of the head and neck; including situations involving extractions prior to radiation treatment,

(iii) post radiation necrosis or sepsis,

(iv) expectation of difficulty in anaesthetizing patient,

(v) significant mental illness or incompetence,

(iv) significant disability due to age or infirmity;

(l) Other conditions for which hospitalization may be necessary, which will be given independent consideration.

DIVISION 4

Periodontal surgery, including hospital cost, is an insured service when performed by a certified periodontist or a certified pedodontist.

DIVISION 5

In addition to hospital costs referred to in Divisions 1 to 4, hospital costs are insured services when a person is admitted for one of the following reasons:

1. The removal of 10 or more permanent teeth.

2. The removal of any teeth where hospitalization is required because of a systemic condition or trauma.

3. The extraction of six or more deciduous teeth.

4. Post-operative complication of dental origin.

5. When in the opinion of the surgeon or dentist hospitalization is required for the proper performance of the procedure because the patient requires general anaesthetic and is either under 12 years of age, or is mentally incapacitated or physically incapacitated.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

Insured hospital services for dental care shall not be continued for more than two days without a further admission order by a duly qualified medical practitioner or a certified oral and maxillofacial surgeon.

PART 2

BENEFITS

DIVISION 1

RULES OF APPLICATION FOR ORAL SURGERY BENEFITS

The rules of application in respect of the cost of insured dental services are set out in this Division.

RULES OF APPLICATION

1. Benefits for procedures involving the removal of two or more IMPACTED OR UNERUPTED TEETH shall be 100% of the benefit for the first tooth in a quadrant and 75% of the schedule of benefits for the first tooth in other quadrants. Where the second tooth is in the same quadrant and removed through the same incision as the first tooth, the benefit shall be 75% of the schedule of benefits.

   Where the second tooth is in the same quadrant but removed through a separate incision from the first tooth, the benefit shall be 75% of the schedule of benefits for the second tooth in a quadrant.

2. Benefits for BILATERAL PROCEDURES in separate quadrants performed in separate hospital admissions or at separate operative sessions shall be provided at the full scheduled benefit. When done during the same operative session, utilizing the same anaesthetic, the benefit shall be 100% of the scheduled benefit in the first quadrant and 75% of the scheduled benefit for each successive quadrant except in those circumstances where the procedures are performed by certified periodontist in which case the full benefit will be applicable.

3. In MULTIPLE SURGICAL PROCEDURES, performed through the same incision by the same surgeon or his assistant, benefits shall only be provided for the major procedure, except under exceptional circumstances and by special report, when benefits for the lesser procedure(s) may be provided at 50% of the benefit under the schedule.

4. When two or more UNRELATED PROCEDURES are done by the same surgeon or his assistant through separate incisions, but utilizing the same anaesthetic, the benefit provided for the major procedure shall be 100% of the benefit under the schedule and for the minor or other procedure(s) 75% of the benefit under the schedule.

5. When two or more UNRELATED PROCEDURES are done through separate incisions by two surgeons in different specialties, the benefit provided for each procedure shall be 100% of the benefit under the schedule.

6. Benefits for SURGICAL PROCEDURES include six weeks post-operative care.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014
Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

7. POST-OPERATIVE SURGICAL CARE is the responsibility of the surgeon. However, under exceptional circumstances, e.g., being out of town, or being confined by illness, the surgeon may delegate this work to another dentist, whereupon the benefit shall be apportioned, 85% applicable to the service performed by the surgeon and 15% applicable to the work performed by the physician/oral surgeon responsible for the post-operative care.

8. Benefits for ADDITIONAL SURGICAL PROCEDURES which are performed within six weeks of, but not directly related to, a preceding operation shall be provided at the full schedule benefit.

9. When TWO SURGEONS are involved in the management of a surgical case, by prior agreement, the total benefit may be apportioned in relation to the responsibility taken and the work done, and the patient should be made aware of such apportionment.

10. The benefits for FRACTURES include care for a period of six weeks, but do not include the cost of material.

SURGICAL ASSISTANTS

11. "**Assistant**" is defined as a certified oral and maxillofacial surgeon who assists the surgeon throughout the duration of the operation.

12. Where hospital regulations or medical judgment require the presence of a physician/oral surgeon as surgical assistant, the appropriate benefit shall be provided.

CONSULTATIONS

13. A consultation is the situation in which a physician, after appropriate examination of the patient, requests the opinion of a certified oral and maxillofacial surgeon because of the complexity, or seriousness of the patient's dental condition. After the consultation the patient is returned to the care of the attending physician.

If the consulting certified oral and maxillofacial surgeon continues in the treatment of the dental condition, it becomes a referral, and the consultation fee will not apply.

A consultation shall consist of a complete history and examination of the patient appropriate to the consultant's field of practice and a written opinion regarding diagnosis and recommendation as to treatment.

One consultation shall be paid for the same condition to the same consulting certified oral and maxillofacial surgeon unless there are new complications requiring further consultation. These may be paid on submission of a special report.

HOSPITAL CARE

13.1. Hospital Care applies to the care of registered bed patients formally admitted to hospital by a licensed dentist for the control of infection, benefits for which are listed in Part 2 Division 2 and are claimable from the date of admission to the date of medical discharge. Only one visit per day, per patient will be paid for in-hospital care regardless of the necessity for multiple visits on the same day.

AFTER HOURS PREMIUM

13.2. After Hours Premiums shall be payable for urgent or emergent services provided on weekdays, weekend days and statutory holidays as listed in Part 2 Division 2.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

BY REPORT

14. It is not possible to list every variation of a procedure. Some procedures may vary from minor to major and cannot be listed with a specific benefit, and will require assessment.

In order to correctly assess a fee tariff item designated as "By Report", the assessor must have complete information. This will include a copy of the operating room report, and pathology report if requested as well as any other information which may assist in the assessment.

Where possible, the claimant may relate the services to an existing item of similar complexity which carries a definite benefit or may suggest a suitable benefit. If you are in disagreement with an assessment, please refer to the appeal mechanism.

APPEAL MECHANISM

15. The assessment of a claim is not necessarily final and is subject to appeal. It should be recognized, however, that an unsatisfactory assessment may be the result of a misunderstanding or lack of information. An initial enquiry with the Manitoba Health claims staff may resolve the assessment to your satisfaction.

In the event that a claim assessment cannot be satisfactorily resolved after the initial contact, we suggest you submit a written request for reconsideration of your claim to the Chairman of the Dental Review Committee. The decision of the Dental Review Committee shall be final.

M.R. 57/2001

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

DIVISION 2

ORAL SURGERY BENEFITS

		Effective Date		
		April 1, 2011	**April 1, 2013**	**April 1, 2014**
Excision of intra-oral cysts				
6850	1 cm or under	$161.80	$172.15	$178.95
6853	> 1 cm to 5 cm	$350.45	$372.90	$387.60
6855	> than 5 cm	$441.85	$470.15	$488.70
Traumatic injuries to soft tissue in and around the mouth				
6856	Simple suture	$26.90	$28.60	$29.75
6859	Complicated	By Report	By Report	By Report
Incision and drainage of abscess of dental origin (extra-oral or oral)				
6865	Intra-oral	$53.75	$57.20	$59.45
6868	Extra-oral	$229.00	$246.65	$253.25
Incision of benign intra-oral tumors				
6850	1 cm or under	$161.80	$172.15	$178.95
6853	> 1 cm to 5 cm	$350.45	$372.90	$387.60
6855	> than 5 cm	$441.85	$470.15	$488.70
6871	Caldwell-Luc for removal of root tip or foreign body	$425.70	$452.95	$470.80
6872	Repair and closure or oral-antral fistula by Caldwell-Luc & mucosal or mucoperiosteal flaps	$563.30	$599.35	$623.00
Sialolithotomy				
6874	Simple duct	$34.35	$36.55	$38.00
6877	Complicated in gland	By Report	By Report	By Report
Excision of ranula				
6850	1 cm or under	$161.80	$172.15	$178.95
6853	> 1 cm to 5 cm	$350.45	$372.90	$387.60
6855	> than 5 cm	$441.85	$470.15	$488.70
Open reduction of fractures of mandible or maxilla				
6880	Mandible — open — unilateral	$497.70	$529.55	$550.45
6883	— open — bilateral	$638.55	$679.40	$706.25
6897	Maxilla — open — unilateral	$506.35	$538.75	$560.00
6898	— open — bilateral	$693.40	$737.80	$766.90

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

		Effective Date		
		April 1, 2011	**April 1, 2013**	**April 1, 2014**
Closed reduction of fractures of mandible or maxilla				
6886	Mandible — closed reduction and wiring	$374.10	$398.05	$413.75
6894	Maxilla — simple — closed with wiring of teeth	$323.55	$344.25	$357.85
6906	Tempero-mandibular dislocation	49.15	$52.30	$54.35
6901	Removal of interdental fixation (wires, arch bars, or external plates) at any time post op	$115.00	$122.35	$127.20
Cranio-facial separation (Le Fort III)				
6910	Stabilization of cranio-facial fractures (two fronto-zygomatic & one naso-frontal suture) with plates or wires	$881.50	$1,101.90	$1,138.90
6912	Open reduction and fixation of the anterior wall of the frontal sinus by plates or wires (when performed as an independent procedure)	$1,259.90	$1,340.55	$1,393.45
Zygoma (treatment — fractures of the zygoma)				
6961	Temporal or cheek lift fracture of the malar	$374.10	$398.05	$413.75
6963	One fracture (fronto-zygomatic, orbital rim and maxillo-malar butress)	$506.35	$538.75	$560.00
6965	Two or three fractures (fronto-zygomatic, orbital rim and maxillo-malar butress)	$693.40	$737.80	$766.90
6967	Exploration of the orbital floor with or without implantation of an alloplast	$881.50	$937.90	$974.95
Orthognathic Surgery (correction of prognathic and/or micrognatic defects)				
6972	Ramus osteotomy	$990.05	$1,053.40	$1,095.00
6974	Body osteotomy or ostectomy	$990.05	$1,053.40	$1,095.00
6975	Coronoidectomy	$336.45	$358.00	$372.10
6977	Sagittal split osteotomy	$1,100.00	$1,170.40	$1,216.60
6979	Le Fort I with ramus osteotomy	$2,471.40	$2,629.55	$2,733.35
6982	Total maxillary osteotomy	$1,481.35	$1,576.15	$1,638.35
6984	Le Fort II osteotomy	$1,481.35	$1,576.15	$1,638.35
6985	Anterior segmental osteotomy of the maxilla	$990.05	$1,053.40	$1,095.00
6986	Posterior segmental osteotomy of the maxilla	$990.05	$1,053.40	$1,095.00
6987	Midpalatal split, complete	$492.35	$523.85	$544.55
6988	Anterior segmental osteotomy of the mandible	$990.05	$1,053.40	$1,095.00
6993	Genioplasty	$446.15	$474.70	$493.45
6915	Tempero-mandibular arthroplasty	$489.15	$520.45	$541.00
Alveoloplasty				
6918	Per quadrant	$80.90	$86.10	$89.50
6921	Per arch	$161.80	$172.15	$178.95

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

		Effective Date		
		April 1, 2011	**April 1, 2013**	**April 1, 2014**
Pre-Prosthetic Surgery				
6830	Excision of torus palatinus	$350.45	$372.90	$387.60
6831	Excision of torus mandibularis	$161.80	$172.15	$178.95
6832	Mylohyoid ridge reduction	$161.80	$172.15	$178.95
6833	Reduction tuberoplasty	$161.80	$172.15	$178.95
6834	Removal hyperplastic tissue (per quadrant)	$161.80	$172.15	$178.95
6835	Removal hyperplastic tissue (per arch)	$324.65	$345.45	$359.05
6836	Submucous vestibuloplasty	$488.05	$519.30	$539.80
6837	Vestibuloplasty	$488.05	$519.30	$539.80
6838	Lowering floor of mouth	$990.05	$1,053.40	$1,095.00
6839	Augmentation pterygo maxillary tuberoplasty	$350.45	$372.90	$387.60
6840	Skin or mucosal graft (up to 16 sq. inches)	$161.80	$172.15	$178.95
6841	Augmentation bone graft (major)	$704.15	$749.20	$778.80
6842	Augmentation bone graft (minor)	$352.60	$375.15	$390.00
Intra-oral biopsy				
6949	Soft tissue	$31.25	$33.25	$34.55
6952	Hard tissue	$80.90	$86.10	$89.50
6930	Therapeutic or diagnostic alcohol nerve block	$26.90	$28.60	$29.75
6953	Peridontal surgery — per quadrant (including post-operative care)	$161.80	$172.15	$178.95
8559	Consultation	$57.25	$60.90	$63.30
Surgical removal of impacted teeth				
6940	Soft tissue coverage — per tooth Impaction that requires incision of overlying soft tissue and the removal of the tooth	$86.70	$92.25	$95.90
6944	Partial bone coverage — per tooth Impaction that requires incision of overlying soft tissue, elevation of a flap and either removal of bone and tooth or sectioning and removal of tooth	$131.40	$142.42	$147.95
6943	Complete bone coverage — per tooth Impaction that requires incision of overlying soft tissue, elevation of a flap, removal of bone and sectioning of tooth for removal	$186.60	$202.25	$210.10
6945	Unusually complicated	By Report	By Report	By Report
6960	Surgical removal of any teeth and/or other oral/dental surgical procedure in hospital where such treatment is an integral part of the management or treatment of a specific systemic condition or trauma, and such oral/dental surgical procedure has been requested by the patient's attending medical practitioner	By Report	By Report	By Report

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

		Effective Date		
		April 1, 2011	**April 1, 2013**	**April 1, 2014**
Surgical removal of teeth				
6946	Tooth extraction (non-impacted)-per tooth	$105.00	$111.70	$116.15
Hospital Care				
8520	Hospital visit, per day	$27.45	$29.20	$30.35
After Hours Premiums				
After Hours Premiums shall be payable for urgent or emergent services provided on Weekdays and Weekend Days and Statutory Holidays as prescribed below:				
Weekdays				
5555	5:00 P.M. to 12:00 A.M. (Midnight), add to payable fee	40%	40%	40%
5553	12:01 A.M. to 7:00 A.M., add to payable fee	60%	60%	60%
Weekend Days and Statutory Holidays				
5550	7:01 A.M. to 12:00 A.M. (Midnight), add to payable fee	40%	40%	40%
5553	12:01 A.M. to 7:00 A.M., add to payable fee	60%	60%	60%

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

ASSISTANT'S FEES
Effective April 1, 2011

Assistant is defined as a certified oral and maxillofacial surgeon who assists the operating surgeon throughout the duration of the operation.

When Benefit Under Surgical Procedure is:			**Benefit for Surgical Assistance Shall be:**
Less than		$222.00	$0.00
$222.01	to	$266.00	$88.50
$266.01	to	$400.00	$118.25
$400.01	to	$533.00	$147.50
$533.01	to	$667.00	$177.00
$667.01	to	$798.00	$207.00
$798.01	to	$931.00	$236.50
$931.01	to	$1,065.00	$266.75
$1,065.01	to	$1,200.00	$294.75
$1,200.01	to	$1,331.00	$325.75
$1,331.01	to	$1,467.00	$356.00
$1,467.01	to	$1,599.00	$386.00
$1,599.01	to	$1,732.00	$415.00
$1,732.01	to	$1,866.00	$446.25
$1,866.01	to	$2,000.00	$475.25
$2,000.01	to	$2,133.00	$504.25
$2,133.01	to	$2,264.00	$534.50
$2,264.01	to	$2,399.00	$563.50
$2,399.01	to	$2,532.00	$592.50
$2,532.01	to	$2,665.00	$599.00
$2,665.01	to	$2,799.00	$651.50
$2,799.01	to	$2,933.00	$683.75
$2,933.01	to	$3,066.00	$711.75
$3,066.01	to	$3,200.00	$741.75
$3,200.01	to	$3,333.00	$772.00
$3,333.01	to	$3,466.00	$798.75
$3,466.01	to	$3,602.00	$829.00
$3,602.01	to	$3,732.00	$860.00
$3,732.01	to	$3,865.00	$890.25
$3,865.01	to	$3,999.00	$920.25
$3,999.01	to	$4,133.00	$949.25
$4,133.01	to	$4,266.00	$979.50
$4,266.01	to	$4,398.00	$1,006.25
$4,398.01	to	$4,534.00	$1,040.75
$4,534.01	to	$4,667.00	$1,066.50

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

DIVISION 3

CLEFT LIP/PALATE BENEFITS

1 The amount of the benefit to be paid in respect of the cost of insured orthodontic services in cases of cleft lip and/or palate for persons registered under the program by their 18th birthdate, when provided by a registered orthodontist, shall be:

		Effective Date		
		April 1, 2011	**April 1, 2013**	**April 1, 2014**
CARE FOR NEWBORN:				
8590	Initial examination — at Cleft Palate Centre — includes clinical photographs, intra-oral photographs, study models, parental counselling (this would be required for registration in Cleft Palate Registry).	$129.55	$137.85	$143.30
8591	Initial examination (in hospital — special visit to hospital required), includes filling out consultation form, if requested.	$65.60	$69.80	$72.55
6800	Preparation and fitting of an orthodontic feeding appliance for child under three years of age.	$162.30	$172.70	$179.50
8592	Hospital visit required for adjustment of appliance.	$43.30	$46.05	$47.90
6801	Surgical procedure to insert appliance under general anaesthesia.	$541.80	$576.50	$599.25
MULTIBANDED ORTHODONTICS				
8593	Initial examination — to include clinical orthodontic examination and discussion of the nature of the problem, treatment procedures and anticipated treatment timing. Should radiographs or other diagnostic aids be necessary, either for this examination or for future reference and comparison, see the Manitoba Dental Association fee schedule, numbers 02100 to 04604.	$54.30	$57.80	$60.05
6802	Diagnostic Phase — If active treatment is contemplated, further information will be required. In addition to the initial examination, a complete orthodontic diagnosis is necessary and will include facial photos, study models and radiographs.	$249.40	$265.35	$275.85

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

		Effective Date		
		April 1, 2011	**April 1, 2013**	**April 1, 2014**
	Upon completion of the diagnosis and treatment planning, a case presentation will be made to the patient and/or parents or guardians. Treatment Phase — MIXED DENTITION Fabrication and placement of orthodontic appliances in the mixed dentition. Includes alignment of dental units, tooth guidance and adjustment or change of orthodontic appliances and retainers.			
6803	Simple — Malocclusion involving the need for appliances in only the maxillary arch.	$1,300.75	$1,384.00	$1,438.65
6804	Complex — Malocclusion involving the need for appliances in both dental arches. Treatment Phase — PERMANENT DENTITION Note: Initial examination and Diagnostic Phase — refer to tariffs 8593 and 6802.	$1,731.80	$1,842.65	$1,915.35
6805	Simple — Malocclusion requiring multibanded treatment and retention in only the maxillary arch.	$2,546.45	$2,709.40	$2,816.35
6806	Moderate — Malocclusion requiring multibanded treatment and retention in both dental arches but where no unusual complication can be anticipated.	$4,941.35	$5,257.60	$5,465.15
6807	Complex — Malocclusion requiring multibanded treatment and retention in both dental arches and where unusual or lengthy treatment procedures can be anticipated.	$5,614.40	$5,973.70	$6,209.55
6808	Cleft Lip/Palate Diagnostic	By Report	By Report	By Report
6809	Cleft Lip/Palate Preventative	By Report	By Report	By Report
6810	Cleft Lip/Palate Restorative	By Report	By Report	By Report
6811	Cleft Lip/Palate Unspecified	By Report	By Report	By Report
6812	Cleft Lip/Palate Prosthodontics	By Report	By Report	By Report

Note: All above treatment procedures will include a reasonable period of retention.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

FEES FOR ALL OTHER TREATMENT services not involving multibanded therapy will follow the Manitoba Dental Association Fee Guide (see code numbers: 80000-89999).

2 The amount of the benefit to be paid in respect of the cost of insured dental services in cases of cleft lip and/or palate for persons registered under the program by their 18th birthdate, when provided by a licensed dentist shall be the Fee Guide approved by the Manitoba Dental Association and Manitoba Health.

3 The amount of the benefit to be paid in respect of the cost of insured services in cases of significant congenital or hereditary dysplasia involving teeth and/or supporting structures, for persons registered under the Cleft Lip/Palate Treatment and Rehabilitation Program by their 18th birthday when provided by or under the direction of a dental specialist registered with the Manitoba Dental Association, shall be the same as the fees provided under sections 1 and 2 of this Division.

M.R. 146/95; 57/2001; 90/2002; 128/2004; 139/2006; 50/2007; 94/2013

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

ANNEXE C

SERVICES DENTAIRES DANS LES HÔPITAUX

Les services énumérés dans la présente annexe sont des services assurés lorsqu'ils sont rendus dans un hôpital par un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial agréé ou par un dentiste qui juge que l'hospitalisation est nécessaire au succès de l'intervention. La nécessité de l'hospitalisation est établie en raison de la nature de l'acte dentaire ou de l'état de santé du client, ou des deux.

PARTIE 1

SERVICES ASSURÉS

SECTION 1

1 Les interventions chirurgicales énumérées ci-après, y compris les frais d'hospitalisation, sont des services assurés lorsqu'elles sont pratiquées par un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial agréé :

1. excision d'un kyste intra-buccal;
2. traumatismes des tissus mous à l'intérieur et autour de la bouche;
3. incision et drainage d'un abcès d'origine dentaire (à l'extérieur ou à l'intérieur de la bouche);
4. excision de tumeurs bénignes intra-buccales;
5. opération de Caldwell-Luc dans le but d'extraire un bout de racine ou un corps étranger;
6. réfection et fermeture d'une fistule buccale-antrale au moyen de l'opération de Caldwell-Luc et pose de lambeaux muqueux ou muco-périostiques;
7. sialolithotomie;
8. excision de la grenouillette sublinguale;
9. réduction chirurgicale de fractures de la mandibule ou du maxillaire;
10. réduction orthopédique de fractures de la mandibule ou du maxillaire;
11. ostéotomie orthopédique sous-condylienne;
12. ostéotomie oblique du rameau, extra-buccal;
13. ostéotomie oblique du rameau, intra-buccal;
14. ostéotomie du corps de l'os ou ostectomie;
15. coronoidectomie;
16. ostéotomie scindée sagittale, intra-buccale;
17. ostéotomie scindée sagittale, extra-buccale;
18. ostéotomie en L inversé;
19. ostéotomie « C »;
20. ostéotomie maxillaire totale;
21. ostéotomie Le Fort II;

21.1 Le Fort I avec ostéotomie de la branche montante de la mandibule;

22. ostéotomie du segment antérieur du maxillaire;
23. ostéotomie du segment postérieur du maxillaire;
24. division médiopalatale, complète;
25. ostéotomie du segment antérieur de la mandibule;
26. ostéotomie du segment postérieur de la mandibule;
27. ostéotomie dento-alvéolaire totale de la mandibule;
28. génioplastie;
29. arthroplastie temporo-mandibulaire;
30. avulsion d'un nerf périphérique (mentonnier, sous-orbitaire ou dentaire inférieur);
31. alvéoloplastie;
32. excision du torus palatinus;

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

33. excision du torus mandibularis;
34. réduction de la crête mylohyoide;
35. tubéroplastie de réduction;
36. élimination de tissu hyperplastique;
37. vestibuloplastie de sous-muqueuse;
38. vestibuloplastie;
39. abaissement du plancher buccal;
40. tubéroplastie ptérygomaxillaire d'accroissement;
41. greffe de peau ou de muqueuse (jusqu'à 16 po^2);
42. greffe osseuse d'accroissement (grosse);
43. greffe osseuse d'accroissement (petite);
44. biopsie intra-buccale;
45. anesthésie thérapeutique ou diagnostique par blocage nerveux à l'alcool;
46. chirurgie périodontique;
47. extraction chirurgicale d'une dent ou autre intervention chirurgicale bucco-dentaire pratiquée dans un hôpital, pourvu que l'intervention fasse partie intégrante du traitement d'un état général ou d'un traumatisme particulier, et que l'intervention chirurgicale bucco-dentaire ait été faite à la demande du médecin traitant de l'assuré;
48. Abrogé, R.M. 57/2001.

R.M. 57/2001

2 Les consultations, les soins hospitaliers et la majoration versée au titre du travail fait après les heures normales, que prévoient respectivement les articles 13, 13.1 et 13.2 des règles d'application figurant à la partie 2, sont des services assurés distincts qui ne sont pas inclus dans les frais d'hospitalisation que vise l'article 1.

R.M. 57/2001; 90/2002

SECTION 2

1 Les interventions chirurgicales qui suivent, y compris les frais d'hospitalisation, sont des services assurés lorsqu'elles sont pratiquées par des dentistes :

1. traumatismes aux tissus mous à l'intérieur et autour de la bouche;

2. en cas d'urgence et à la demande expresse d'un médecin, les actes qui suivent sont assurés :
réduction orthopédique de fractures de la mandibule ou du maxillaire,
les honoraires de l'assistant-chirurgien pour ces interventions ou pour la réduction chirurgicale de fractures de la mandibule ou du maxillaire;

3. extraction chirurgicale d'une dent ou autre intervention chirurgicale bucco-dentaire pratiquée dans un hôpital, pourvu que l'intervention fasse partie intégrante du traitement d'un état général ou d'un traumatisme particulier, et que l'intervention chirurgicale bucco-dentaire ait été faite à la demande expresse du médecin traitant de l'assuré.

R.M. 57/2001

2 Les soins hospitaliers et la majoration versée au titre du travail fait après les heures normales, que prévoient respectivement les articles 13.1 et 13.2 des règles d'application figurant à la partie 2, sont des services assurés distincts qui ne sont pas inclus dans les frais d'hospitalisation que vise l'article 1.

R.M. 57/2001; 90/2002

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014
Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

SECTION 3

1 Pour l'application de la présente section et de la section 2 de la partie 2, « **dent enclavée** » s'entend d'une dent :

a) dont l'éruption ne s'est pas produite ou ne s'est produite que partiellement et qui appuie contre une autre dent, contre un os ou du tissu mou de sorte que l'éruption ne progressera probablement pas davantage;

b) qui n'atteint pas sa position normale et n'arrive pas à fonctionner dans un délai raisonnable.

2(1) L'extraction chirurgicale d'une dent enclavée, y compris les frais d'hospitalisation, est un service assuré lorsqu'elle est pratiquée par un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial agréé pourvu que les conditions qui suivent soient remplies :

a) le chirurgien fournit une déclaration et les renseignements à l'appui, y compris, s'il y a lieu, les radiographies connexes, de sorte que le ministre soit en mesure de déterminer si l'intervention est un soin dentaire indispensable et si :

(i) l'intervention ne peut être pratiquée de façon convenable sans le recours aux structures hospitalières,

(ii) l'état pathologique antérieur de la personne nécessite le contrôle en hôpital de l'assuré pendant la période péri-opératoire;

b) le ministre autorise l'intervention avant qu'elle ne soit pratiquée.

2(2) Afin de déterminer si l'intervention est un soin dentaire indispensable aux termes de l'alinéa (1)a), le ministre tient compte des circonstances suivantes :

a) l'état bucco-dentaire de l'assuré sera vraisemblablement compromis par l'un des facteurs suivants :

(i) une infection,

(ii) une lésion carieuse non réparable,

(iii) un kyste,

(iv) une tumeur,

(v) la destruction d'une dent et d'un tissu osseux avoisinant,

(vi) la présence d'une douleur continue qui empêche l'assuré de fonctionner normalement,

(vii) d'autres facteurs que le ministre juge pertinents;

b) l'intervention est nécessaire pour qu'une autre intervention chirurgicale bucco-dentaire puisse être pratiquée sans risque, y compris le traitement d'une fracture ou une ostéotomie.

2(3) Pour l'application du sous-alinéa (1)a)(ii), « **état pathologique antérieur** » s'entend notamment :

a) de certains troubles du système nerveux central :

(i) invalidité grave attribuable à un accident vasculaire cérébral,

(ii) crises d'épilepsie difficiles à stabiliser,

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

(iii) infirmité motrice cérébrale, myasthénie grave ou dystrophie musculaire avancée,

(iv) maladie d'Alzeimer avancée,

(v) d'autres formes de troubles évolutifs du système nerveux qui entraînent une perte des fonctions sensorielles ou motrices ou une dystonie neuro-végétative et qui font l'objet d'un traitement médical;

b) de certains troubles cardio-vasculaires :

(i) invalidité grave attribuable à un infarctus du myocarde,

(ii) angor instable sous traitement actif,

(iii) hypertension artérielle instable et sensiblement élevée sous traitement actif,

(iv) insuffisance cardiaque grave,

(v) d'autres formes de cardiopathie instable sous traitement actif,

(vi) d'autres troubles cardio-vasculaires sous traitement, y compris les cas où une extraction doit être faite avant toute chirurgie cardio-vasculaire;

c) de certaines affections des voies respiratoires :

(i) bronco-pneumopathie instable sous traitement actif;

d) de certaines affections rénales :

(i) maladie rénale instable sous traitement actif;

e) de certaines hémopathies :

(i) leucémie sous chimiothérapie,

(ii) hémophilie ou autre diathèse hémorragique,

(iii) anémie avec une teneur en hémoglobine inférieure à 10 grammes %,

(iv) d'autres hémopathies instables sous traitement actif;

f) de certaines affections du foie :

(i) hépatite A, hépatite B, hépatite non A, non B,

(ii) d'autres affections graves du foie sous traitement actif;

g) de certains troubles endocriniens :

(i) affections hypothalamiques et pituitaires nécessitant la thérapie aux stéroïdes,

(ii) diabète sucré nécessitant l'utilisation d'insuline et le contrôle de la glycémie,

(iii) d'autres troubles endocriniens sous traitement actif;

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

h) de certains néoplasmes :

(i) traitement actif d'un cancer, chimiothérapie ou radiothérapie,

(ii) d'autres néoplasmes sous traitement actif;

i) de certaines maladies virales, non virales, bactériennes, infectieuses et immuno-déficitaires :

(i) herpès évolutif,

(ii) S.I.D.A.,

(iii) d'autres maladies infectieuses instables sous traitement actif;

j) de certains désordres métaboliques :

(i) hyperthermie maligne peranesthésique,

(ii) d'autres désordres métaboliques graves sous traitement actif;

k) d'autres désordres ou affections :

(i) allergie avérée aux anesthésiques locaux,

(ii) pré-radiation de la tête et du cou, y compris les cas nécessitant des extractions avant le traitement par radiation,

(iii) nécrose ou septicémie consécutive à la radiation,

(iv) difficulté prévue à anesthésier le patient,

(v) troubles mentaux ou impéritie graves,

(vi) invalidité grave causée par l'âge ou l'infirmité;

(l) des autres affections pour lesquelles l'hospitalisation peut être nécessaire et qui sont examinées séparément.

SECTION 4

La chirurgie périodontique, y compris les frais d'hospitalisation, est un service assuré lorsqu'elle est pratiquée par un périodontiste ou un pédodontiste.

SECTION 5

Les frais d'hospitalisation prévus aux sections 1 à 4 sont des services assurés au même titre que les frais d'hospitalisation engagés par une personne qui est hospitalisée pour l'une des raisons suivantes :

1. extraction de dix dents permanentes ou plus;

2. extraction d'une dent lorsque la personne doit être hospitalisée en raison de son état de santé général ou d'un traumatisme;

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

3. extraction de six dents temporaires ou plus;

4. complication postopératoire résultant d'une chirurgie dentaire;

5. le chirurgien ou le dentiste est d'avis que l'hospitalisation est nécessaire afin de pratiquer l'intervention sous anesthésie générale sur un client âgé de moins de 12 ans ou atteint d'une incapacité mentale ou physique.

Les soins dentaires assurés donnés dans un hôpital sont pris en charge pour une période maximale de deux jours, sauf lorsqu'un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial agréé exige une prolongation de la période d'hospitalisation.

PARTIE 2

PRESTATIONS

SECTION 1

RÈGLES D'APPLICATION RELATIVES À LA CHIRURGIE BUCCO-DENTAIRE

Les règles d'application relatives aux soins dentaires assurés sont prévues dans la présente section.

RÈGLES D'APPLICATION

1. En ce qui concerne l'extraction de deux ou de plusieurs DENTS ENCLAVÉES OU N'AYANT PAS FAIT ÉRUPTION, la prestation intégrale indiquée au barème est versée à l'égard de la première dent extraite d'un quadrant, tandis que 75 % de la prestation est versée à l'égard de la première dent extraite dans tout autre quadrant. Soixante-quinze pour cent de la prestation est versée si la deuxième dent est située dans le même quadrant et est extraite au moyen de la même incision.

   Si la deuxième dent est située dans le même quadrant, mais est extraite au moyen d'une autre incision, la prestation versée correspond alors à 75 % de la prestation prévue.

2. Si des ACTES BILATÉRAUX sont pratiqués dans des quadrants distincts au cours de périodes d'hospitalisation ou de séances opératoires différentes, la prestation intégrale indiquée au barème est versée à l'égard de chaque acte. Lorsque les actes sont accomplis au cours de la même séance opératoire et qu'un seul anesthésique est utilisé, la prestation intégrale fixée au barème est versée pour le premier quadrant et 75 % de ce montant pour les autres quadrants. Cependant, si un périodontiste pratique l'intervention, il a droit à la prestation intégrale.

3. Lorsqu'un chirurgien ou son assistant accomplit un ACTE CHIRURGICAL MULTIPLE par la même incision, des prestations ne sont versées que pour l'acte principal, sauf dans des circonstances exceptionnelles et sur présentation d'un rapport spécial. Dans un tel cas, un montant égal à 50 % de la prestation fixée au barème est versé pour tout acte mineur pratiqué.

4. Lorsque deux ou plusieurs ACTES ISOLÉS sont pratiqués par le même chirurgien ou par son assistant au moyen d'incisions distinctes, mais sous l'effet d'un seul anesthésique, la prestation à l'égard de l'acte principal est payée intégralement, tandis que les actes mineurs ou secondaires ne sont rémunérés que dans une proportion de 75 % de la prestation prévue au barème.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014
Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

5. Lorsque deux ou plusieurs ACTES ISOLÉS exigeant des incisions distinctes sont pratiqués par deux chirurgiens spécialisés dans des disciplines différentes, chaque chirurgien reçoit la prestation intégrale indiquée au barème pour chaque acte.

6. Les prestations versées à l'égard des ACTES CHIRURGICAUX comprennent six semaines de soins postopératoires.

7. Il incombe au chirurgien d'assurer les SOINS POSTOPÉRATOIRES. Cependant, en raison de circonstances exceptionnelles (par exemple, si le chirurgien est malade ou à l'extérieur de la ville), celui-ci peut confier son travail à un autre dentiste. Les prestations sont alors partagées comme suit : 85 % de la prestation est versé au chirurgien pour les soins qu'il a donnés et 15 % est versé au médecin ou au chirurgien bucco-dentaire chargé des soins postopératoires.

8. Les ACTES CHIRURGICAUX SUPPLÉMENTAIRES donnent droit aux prestations intégrales s'ils sont pratiqués dans les six semaines suivant la dernière intervention et s'ils n'y sont pas directement reliés.

9. Si DEUX CHIRURGIENS partagent la responsabilité du traitement chirurgical, ils peuvent, en vertu d'une entente conclue au préalable, partager la prestation intégrale en fonction de leurs responsabilités et de leur travail respectifs. Dans un tel cas, le client devrait être informé du partage.

10. Les prestations prévues à l'égard des FRACTURES comprennent les soins donnés pendant une période de six semaines. Le coût des matériaux est toutefois exclu.

ASSISTANTS-CHIRURGIENS

11. « **Assistant** » s'entend d'un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial agréé qui assiste le chirurgien durant toute l'opération.

12. Lorsque la présence d'un médecin ou d'un chirurgien bucco-dentaire à titre d'assistant chirurgien est requise par les règlements de l'hôpital ou pour des motifs médicaux, l'assistant reçoit des prestations appropriées.

CONSULTATIONS

13. La consultation s'entend d'une situation où le médecin, après avoir examiné soigneusement un client, demande l'avis d'un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial agréé à cause de la complexité ou de la gravité de l'état des dents du client. Après la consultation, le client continue à recevoir les soins du médecin traitant.

Si le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial agréé consulté continue à donner les soins dentaires au client, il s'agit alors d'un renvoi à un spécialiste, et des honoraires ne sont pas accordés pour la consultation.

La consultation comprend un examen complet majeur du client jugé utile par le consultant dans son domaine de spécialisation et la rédaction d'un avis concernant le diagnostic et les recommandations touchant le traitement à suivre.

Les honoraires d'une seule consultation pour un même état de santé sont versés au chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial agréé à moins que de nouvelles complications ne nécessitent d'autres consultations. Dans un tel cas, il faut présenter un rapport spécial.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

SOINS HOSPITALIERS

13.1 Les soins hospitaliers sont les soins fournis aux malades hospitalisés inscrits qui ont été admis officiellement à un hôpital. Le barème de prestations pour ces soins figure à la section 2 de la partie 2. La période assurée commence au moment de l'admission du malade et se termine le jour où le dentiste ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial agréé lui donne son congé. Une seule visite par jour par malade est assurée pour les soins hospitaliers, même si plusieurs visites sont nécessaires pendant la même journée.

MAJORATION — TRAVAIL APRÈS LES HEURES NORMALES

13.2 La majoration versée au titre du travail fait après les heures normales est payable pour les soins urgents et très urgents fournis n'importe quel jour de la semaine, y compris les week-ends et les jours fériés, conformément à la section 2 de la partie 2.

SUIVANT LE RAPPORT

14. Il est impossible d'énumérer toutes les variations d'un acte médical. Certains actes peuvent être mineurs dans certaines circonstances et majeurs dans d'autres et on ne peut énumérer l'éventail des prestations éventuelles. Il faut donc procéder à une évaluation.

Afin de déterminer correctement les honoraires d'un code désigné par la mention « Suivant le rapport », l'évaluateur doit posséder tous les renseignements pertinents. Il doit entre autres avoir une copie du rapport de la salle d'opération, le rapport de pathologie, le cas échéant, ainsi que les autres renseignements nécessaires à l'évaluation.

Le requérant peut, s'il y a lieu, établir une correspondance entre les soins donnés et un autre acte médical dont le degré de complexité est similaire et pour lequel une prestation précise a été fixée, ou il peut proposer une prestation qu'il juge acceptable. Si le requérant n'est pas satisfait de l'évaluation, il peut avoir recours à la procédure d'appel.

PROCÉDURE D'APPEL

15. L'évaluation d'une demande de règlement n'a aucun caractère définitif et il est possible d'interjeter appel. Il importe toutefois de reconnaître qu'une évaluation insatisfaisante est parfois le résultat d'un malentendu ou d'un manque de renseignements et qu'il suffira peut-être de communiquer avec le Conseil de santé du Manitoba pour obtenir satisfaction.

S'il s'avère impossible, à la première tentative, de trouver une solution satisfaisante à un désaccord touchant l'évaluation d'une demande de règlement, il est possible de demander par écrit au président du Comité d'examen des litiges en matière dentaire d'étudier la demande. La décision du Comité est sans appel.

R.M. 57/2001

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

SECTION 2

BARÈME DE PRESTATIONS DES ACTES DE CHIRURGIE BUCCO-DENTAIRE

		Date d'entrée en vigueur		
		1er avril 2011	**1er avril 2013**	**1er avril 2014**
Excision d'un kyste intra-buccal				
6850	1 cm ou moins	161,80 $	172,15 $	178,95 $
6853	plus de 1 cm jusqu'à 5 cm	350,45 $	372,90 $	387,60 $
6855	plus de 5 cm	441,85 $	470,15 $	488,70 $
Traumatismes des tissus mous à l'intérieur et autour de la bouche				
6856	suture simple	26,90 $	28,60 $	29,75 $
6859	suture compliquée	Suivant le rapport	Suivant le rapport	Suivant le rapport
Incision et drainage d'un abcès d'origine dentaire (à l'extérieur ou à l'intérieur de la bouche)				
6865	intra-buccal	53,75 $	57,20 $	59,45 $
6868	extra-buccal	229,00 $	246,65 $	253,25 $
Excision de tumeurs bénignes intra-buccales				
6850	1 cm ou moins	161,80 $	172,15 $	178,95 $
6853	plus de 1 cm jusqu'à 5 cm	350,45 $	372,90 $	387,60 $
6855	plus de 5 cm	441,85 $	470,15 $	488,70 $
6871	opération de Caldwell-Luc dans le but d'extraire un bout de racine ou un corps étranger	425,70 $	452,95 $	470,80 $
6872	fermeture d'une fistule bucco-antrale au moyen de l'opération de Caldwell-Luc et de lambeaux muqueux ou muco-périostiques	563,30 $	599,35 $	623.00 $
Sialolithotomie				
6874	simple, dans un canal	34,35 $	36,55 $	38,00 $
6877	compliquée, dans une glande	Suivant le rapport	Suivant le rapport	Suivant le rapport
Excision d'une grenouillette				
6850	1 cm ou moins	161,80 $	172,15 $	178,95 $
6853	plus de 1 cm jusqu'à 5 cm	350,45 $	372,90 $	387,60 $
6855	plus de 5 cm	441,85 $	470,15 $	488,70 $
Réduction chirurgicale d'une fracture de la mandibule ou du maxillaire				
6880	mandibule — unilatérale	497,70 $	529,55 $	550,45 $
6883	mandibule — bilatérale	638,55 $	679,40 $	706,25 $
6897	maxillaire — unilatérale	506,35 $	538,75 $	560,00 $
6898	maxillaire — bilatérale	693,40 $	737,80 $	766,90 $

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

		Date d'entrée en vigueur		
		1er avril 2011	**1er avril 2013**	**1er avril 2014**
Réduction orthopédique d'une fracture de la mandibule ou du maxillaire				
6886	mandibule — réduction et pose de fils métalliques	374,10 $	398,05 $	413,75 $
6894	maxillaire — réduction simple et pose de fils métalliques	323,55 $	344,25 $	357,85 $
6906	luxation temporo-mandibulaire	49,15 $	52,30 $	54,35 $
6901	enlèvement d'un élément de contention interdentaire (fil métallique, arc, plaque externe) à quelque moment que ce soit après l'intervention	115,00 $	122,35 $	127,20 $
Fractures crano-faciales (Le Fort III)				
6910	stabilisation de fractures cranio-faciales (deux sutures fronto-zygomatiques et une suture naso-frontale) avec plaques ou fils métalliques	881,50 $	1 101,90 $	1 138,90 $
6912	réduction et contention chircurgicale de la paroi antérieure du sinus frontal, par des plaques ou des fils métalliques	1 259,90 $	1 340,55 $	1 393,45 $
Zygoma (traitement de fractures du zygoma)				
6961	fracture du malaire avec soulèvement de la pommette ou du temporal	374,10 $	398,05 $	413,75 $
6963	une fracture (fronto-zygomatique, rebord orbitaire et cintre maxillo-malaire)	506,35 $	538,75 $	560,00 $
6965	deux ou trois fractures (fronto-zygomatique, rebord orbitaire et cintre maxillo-malaire)	693,40 $	737,80 $	766,90 $
6967	exploration du plancher orbitraire avec ou sans alloplastie	881,50 $	937,90 $	974,95 $
Chirurgie pour orthognathisme (correction d'un prognathisme ou d'une micrognathie)				
6972	ostéotomie oblique de la branche montante de la mandibule, extra-buccale	990,05 $	1 053,40 $	1 095,00 $
6974	ostéotomie du corps de la mandibule ou ostectomie	990,05 $	1 053,40 $	1 095,00 $
6975	ostéotomie du processus coronoïde	336,45 $	358,00 $	372,10 $
6977	ostéotomie sagittale par clivage	1 100,00 $	1 170,40 $	1 216,60 $
6979	Le Fort I avec ostéotomie de la branche montante de la mandibule	2 471,40 $	2 629,55 $	2 733,35 $
6982	ostéotomie maxillaire totale	1 481,35 $	1 576,15 $	1 638,35 $
6984	ostéotomie Le Fort II	1 481,35 $	1 576,15 $	1 638,35 $
6985	ostéotomie du segment antérieur du maxillaire	990,05 $	1 053,40 $	1 095,00 $
6986	ostéotomie du segment postérieur du maxillaire	990,05 $	1 053,40 $	1 095,00 $
6987	division médiopalatale, complète	492,35 $	523,85 $	544,55 $
6988	ostéotomie du segment antérieur de la mandibule	990,05 $	1 053,40 $	1 095,00 $

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

		Date d'entrée en vigueur		
		1er avril 2011	**1er avril 2013**	**1er avril 2014**
6993	génioplastie	446,15 $	474,70 $	493,45 $
6915	arthroplastie temporo-mandibulaire	489,15 $	520,45 $	541,00 $
Alvéoplastie				
6918	par demi-arcade	80,90 $	86,10 $	89,50 $
6921	par arcade	161,80 $	172,15 $	178,95 $
Chirurgie pré-prothétique				
6830	excision d'un torus palatinus	350,45 $	372,90 $	387,60 $
6831	excision d'un torus mandibularis	161,80 $	172,15 $	178,95 $
6832	réduction de la ligne oblique interne	161,80 $	172,15 $	178,95 $
6833	tubéroplastie de réduction	161,80 $	172,15 $	178,95 $
6834	ablation de tissu hyperplasique (chaque quadrant)	161,80 $	172,15 $	178,95 $
6835	ablation de tissu hyperplasique (chaque arcade)	324,65 $	345,45 $	359,05 $
6836	vestibuloplastie sous-muqueuse	488,05 $	519,30 $	539,80 $
6837	vestibuloplastie	488,05 $	519,30 $	539,80 $
6838	abaissement du plancher buccal	990,05 $	1 053,40 $	1 095,00 $
6839	tubéroplastie ptérygo-maxillaire d'accroissement	350,45 $	372,90 $	387,60 $
6840	greffe de peau ou de muqueuse (jusqu'à 16 po^2)	161,80 $	172,15 $	178,95 $
6841	greffe osseuse d'accroissement (grosse)	704,15 $	749,20 $	778,80 $
6842	greffe osseuse d'accroissement (petite)	352,60 $	375,15 $	390,00 $
Biopsie intra-buccale				
6949	tissu mou	31,25 $	33,25 $	34,55 $
6952	tissu osseux	80,90 $	86,10 $	89,50 $
6930	alcoolisation thérapeutique ou diagnostique d'une branche nerveuse	26,90 $	28,60 $	29,75 $
6953	chirurgie périodontique — chaque quadrant (soins postopératoires compris)	161,80 $	172,15 $	178,95 $
8559	consultation	57,25 $	60,90 $	63,30 $
Extraction chirurgicale d'une dent enclavée				
6940	chaque dent recouverte de tissu mou — enclavement nécessitant l'incision du tissu mou et l'extraction de la dent	86,70 $	92,25 $	95,90 $
6944	chaque dent partiellement recouverte de tissu osseux — enclavement nécessitant l'incision du tissu mou, l'écartement d'un lambeau et soit l'extraction d'un fragment d'os et de la dent, soit le sectionnement et l'extraction de la dent	131,40 $	142,42 $	147,95 $

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014
Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

		Date d'entrée en vigueur		
		1er avril 2011	**1er avril 2013**	**1er avril 2014**
6943	chaque dent complètement recouverte de tissu osseux — enclavement nécessitant l'incision du tissu mou, l'écartement d'un lambeau, l'extraction d'un fragment d'os et le sectionnement de la dent en vue de l'extraire	186,60 $	202,25 $	210,10 $
6945	complications inhabituelles	Suivant le rapport	Suivant le rapport	Suivant le rapport
6960	extraction chirurgicale d'une dent ou autre intervention chirurgicale bucco-dentaire pratiquée dans un hôpital, pourvu que l'intervention fasse partie intégrante du traitement d'une affection systémique ou d'un traumatisme donné et que l'intervention chirurgicale bucco-dentaire ait été faite à la demande du médecin traitant de l'assuré	Suivant le rapport	Suivant le rapport	Suivant le rapport
Extraction chirurgicale d'une dent				
6946	Extraction chirurgicale de chaque dent non enclavée	105,00 $	111,70 $	116,15 $
Soins hospitaliers				
8520	Visite à l'hôpital, par jour	27,45 $	29,20 $	30,35 $
Majoration — travail après les heures normales				
La majoration versée au titre du travail fait après les heures normales pour les soins urgents et très urgents fournis n'importe quel jour de la semaine, y compris les week-ends et les jours fériés est la suivante :				
Semaine				
5555	de 17 heures à 24 heures, ajouter	40 %	40 %	40 %
5553	de 0 h 1 à 7 heures, ajouter	60 %	60 %	60 %
Week-ends et jours fériés				
5550	de 7 h 1 à 24 heures, ajouter	40 %	40 %	40 %
5553	de 0 h 1 à 7 heures, ajouter	60 %	60 %	60 %

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

PRESTATIONS VERSÉES À L'ASSISTANT
Entre en vigueur le 1er avril 2011

Assistant s'entend d'un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial agréé qui assiste le chirurgien principal durant toute l'opération.

Prestation versée pour l'acte chirurgical :			**Prestation versée à l'assistant chirurgien :**
Moins de		222,00 $	0,00 $
De 222,01 $	à	266,00 $	88,50 $
De 266,01 $	à	400,00 $	118,25 $
De 400,01 $	à	533,00 $	147,50 $
De 533,01 $	à	667,00 $	177,00 $
De 667,01 $	à	798,00 $	207,00 $
De 798,01 $	à	931,00 $	236,50 $
De 931,01 $	à	1 065,00 $	266,75 $
De 1 065,01 $	à	1 200,00 $	294,75 $
De 1 200,01 $	à	1 331,00 $	325,75 $
De 1 331,01 $	à	1 467,00 $	356,00 $
De 1 467,01 $	à	1 599,00 $	386,00 $
De 1 599,01 $	à	1 732,00 $	415,00 $
De 1 732,01 $	à	1 866,00 $	446,25 $
De 1 866,01 $	à	2 000,00 $	475,25 $
De 2 000,01 $	à	2 133,00 $	504,25 $
De 2 133,01 $	à	2 264,00 $	534,50 $
De 2 264,01 $	à	2 399,00 $	563,50 $
De 2 399,01 $	à	2 532,00 $	592,50 $
De 2 532,01 $	à	2 665,00 $	599,00 $
De 2 665,01 $	à	2 799,00 $	651,50 $
De 2 799,01 $	à	2 933,00 $	683,75 $
De 2 933,01 $	à	3 066,00 $	711,75 $
De 3 066,01 $	à	3 200,00 $	741,75 $
De 3 200,01 $	à	3 333,00 $	772,00 $
De 3 333,01 $	à	3 466,00 $	798,75 $
De 3 466,01 $	à	3 602,00 $	829,00 $
De 3 602,01 $	à	3 732,00 $	860,00 $
De 3 732,01 $	à	3 865,00 $	890,25 $
De 3 865,01 $	à	3 999,00 $	920,25 $
De 3 999,01 $	à	4 133,00 $	949,25 $
De 4 133,01 $	à	4 266,00 $	979,50 $
De 4 266,01 $	à	4 398,00 $	1 006,25 $
De 4 398,01 $	à	4 534,00 $	1 040,75 $
De 4 534,01 $	à	4 667,00 $	1 066,50 $

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

SECTION 3

BARÈME DE PRESTATIONS POUR FISSURE LABIALE OU FENTE PALATINE

1 Dans les cas de fissure labiale, de fente palatine ou des deux, les services d'orthodontie assurés fournis par un orthodontiste à une personne inscrite au régime avant l'âge de 18 ans donnent droit aux prestations suivantes :

		Date d'entrée en vigueur		
		1er avril 2011	**1er avril 2013**	**1er avril 2014**
SOINS AUX NOUVEAUX-NÉS				
8590	Examen initial — au centre de traitement des fissures labiales — comprend les photos prises en clinique, les photos intra-buccales, les maquettes de travail, les conseils donnés aux parents (ces renseignements sont exigés lors de l'inscription au registre des fissures labiales).	129,55 $	137,85 $	143,30 $
8591	Examen initial (dans un hôpital — exige une visite spéciale à l'hôpital), une formule de consultation doit être remplie, s'il y a lieu.	65,60 $	69,80 $	72,55 $
6800	Préparation et pose d'un appareil orthodontique d'alimentation pour enfant âgé de moins de 3 ans.	162,30 $	172,70 $	179,50 $
8592	Visite à l'hôpital pour régler l'appareil.	43,30 $	46,05 $	47,90 $
6801	Intervention chirurgicale dans le but de poser un appareil sous anesthésie générale.	541,80 $	576,50 $	599,25 $
ORTHODONTIE — PLUSIEURS BAGUES				
8593	Examen initial — comprend un examen orthodontique en clinique et une discussion de la nature du problème, des modalités de traitement et de sa durée probable. Se reporter aux codes nos 02100 à 04604 du Barème de l'Association dentaire manitobaine s'il est nécessaire de prendre des radiographies ou d'avoir recours à d'autres épreuves diagnostiques aux fins de consultation ultérieure ou pour faire le présent examen.	54,30 $	57,80 $	60,05 $
6802	Diagnostic — de plus amples renseignements sont exigés si un traitement actif est prévu. L'examen initial doit comprendre un diagnostic orthodontique complet, des photos du visage, des maquettes de travail et des radiographies.	249,40 $	265,35 $	275,85 $

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014
Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

		Date d'entrée en vigueur		
		1er avril 2011	**1er avril 2013**	**1er avril 2014**
	Une fois le diagnostic posé et le plan de traitement élaboré, un exposé de la situation est présenté au client, à ses parents ou à ses tuteurs. Traitement — DENTURE MIXTE — fabrication et mise en place d'appareils orthodontiques sur la denture mixte; le traitement comprend l'alignement de la denture, le guidage des dents ainsi que le réglage ou le remplacement des appareils orthodontiques et des ancrages.			
6803	Traitement simple — malocclusion nécessitant des appareils uniquement sur l'arcade maxillaire.	1 300,75 $	1 384,00 $	1 438,65 $
6804	Traitement complexe — malocclusion nécessitant des appareils sur les deux arcades dentaires. Traitement — DENTURE PERMANENTE Remarque : se reporter aux codes 8593 et 6802 pour l'examen initial et le diagnostic.	1 731,80 $	1 842,65 $	1 915,35 $
6805	Traitement simple — malocclusion nécessitant plusieurs bagues et des ancrages uniquement sur l'arcade maxillaire.	2 546,45 $	2 709,40 $	2 816,35 $
6806	Traitement ordinaire — malocclusion nécessitant plusieurs bagues et des ancrages sur les deux arcades dentaires, mais qui ne devrait pas entraîner de complications inhabituelles.	4 941,35 $	5 257,60 $	5 465,15 $
6807	Traitement complexe — malocclusion nécessitant plusieurs bagues et des ancrages sur les deux arcades dentaires et qui pourrait entraîner un traitement long et complexe.	5 614,40 $	5 973,70 $	6 209,55 $
6808	Fissure labiale/fente palatine (diagnostic)	Suivant le rapport	Suivant le rapport	Suivant le rapport
6809	Fissure labiale/fente palatine (prévention)	Suivant le rapport	Suivant le rapport	Suivant le rapport
6810	Fissure labiale/fente palatine (rétablissement)	Suivant le rapport	Suivant le rapport	Suivant le rapport
6811	Fissure labiale/fente palatine (autre)	Suivant le rapport	Suivant le rapport	Suivant le rapport
6812	Fissure labiale/fente palatine (prosthodontie)	Suivant le rapport	Suivant le rapport	Suivant le rapport

Remarque : Tous les actes figurant ci-dessus prévoient le port d'ancrages pendant une période de temps raisonnable.

Archived version
Current from 1 Aug. 2013 to 29 May 2014

Version archivée
À jour du 1er août 2013 au 29 mai 2014

LES HONORAIRES POUR LES AUTRES TRAITEMENTS qui ne nécessitent pas la pose de plusieurs bagues figurent dans le Barème des honoraires de l'Association dentaire manitobaine (voir les codes n^{os} 80000 à 89999).

2 Le dentiste titulaire d'une licence qui donne des soins dentaires assurés à une personne ayant une fissure labiale ou une fente palatine et qui est inscrite au régime le jour de son 18^{e} anniversaire de naissance a droit aux prestations inscrites au Barème des honoraires approuvé par l'Association dentaire manitobaine et par le Conseil de santé du Manitoba.

3 Les personnes qui, en raison de dysplasie congénitale ou héréditaire grave mettant en cause les dents ou les éléments de soutien, reçoivent des services assurés d'un dentiste spécialiste inscrit au registre de l'Association dentaire du Manitoba, ont droit aux prestations indiquées aux points 1 et 2 si elles sont inscrites, au plus tard le jour de leur 18^{e} anniversaire de naissance, au régime de soins pour fissure labiale et fente palatine.

R.M. 146/95; 57/2001; 128/2004; 139/2006; 50/2007; 94/2013