

As of 2017-11-17, this is the most current version available. It is current for the period set out in the footer below.

Last amendment included: M.R. 158/91.

Le texte figurant ci-dessous constitue la codification la plus récente en date du 2017-11-17. Son contenu était à jour pendant la période indiquée en bas de page.

Dernière modification intégrée : R.M. 158/91.

THE DENTAL HEALTH SERVICES ACT
(C.C.S.M. c. D33)

Dental Health Services Regulation

Regulation 449/88 R
Registered November 7, 1988

Definition

1 In this regulation, "**beneficiary**" means a person who is eligible to receive dental services within the age categories and geographic areas established in this regulation.

Additional dental services

2 In addition to those dental services set out in subsection 2(1) of the Act, the following dental services may be provided to beneficiaries:

- (a) the placement of stainless steel or other crowns on teeth;
- (b) the endodontic treatment of both deciduous and permanent teeth.

Enrollment in dental services program

3(1) The parent or guardian of a beneficiary may enroll the beneficiary in a dental services program by completing and signing

- (a) in the case of a beneficiary who receives services delivered by Manitoba Health, Dental Health staff, an enrollment form in Form 1; and
- (b) in the case of a beneficiary who receives services delivered by a dentist engaged in private practice, an enrollment form in Form 2.

LOI SUR LES SOINS DENTAIRES
(c. D33 de la C.P.L.M.)

Règlement sur les soins dentaires

Règlement 449/88 R
Date d'enregistrement : le 7 novembre 1988

Définition

1 Pour l'application du présent règlement, « **bénéficiaire** » s'entend d'une personne admissible à recevoir les soins dentaires en fonction des catégories d'âge et des limites géographiques établies au présent règlement.

Soins dentaires supplémentaires

2 En sus des soins dentaires prévus au paragraphe 2(1) de la *Loi*, les soins dentaires suivants peuvent être fournis aux bénéficiaires :

- a) la pose de couronnes, notamment en acier inoxydable, sur les dents;
- b) le traitement endodontique des dents temporaires et permanentes.

Inscription à un programme de soins dentaires

3(1) Le parent ou le tuteur d'un bénéficiaire peut inscrire ce dernier à un programme de soins dentaires en remplissant et en signant :

- a) la formule d'inscription prévue à la formule 1, dans le cas d'un bénéficiaire qui reçoit les soins de Santé Manitoba, personnel du service d'hygiène dentaire;
- b) la formule d'inscription prévue à la formule 2, dans le cas d'un bénéficiaire qui reçoit les soins d'un dentiste qui exerce dans un cabinet privé.

3(2) Enrollment in a dental services program under subsection (1) is for such period as may be specified in the enrollment form but may be withdrawn in writing at any time.

3(3) The parent or guardian of the beneficiary may provide, with the enrollment form, a written medical history of the beneficiary in Form 3, a dental history of the beneficiary and other relevant information which may affect the course or outcome of the dental treatment to be received by the beneficiary.

Reimbursement for dental services

4(1) A dentist or specialist engaged in private practice who provides referred dental services shall be reimbursed for those referred services only upon completion and submission of his or her account on Form 6 to which shall be attached a completed copy of

- (a) Form 4 in the case of a dentist; and
- (b) Form 5 in the case of a specialist.

4(2) A dentist engaged in private practice who provides emergency dental services to a beneficiary who normally receives services delivered by Manitoba Health, Dental Health staff shall be reimbursed for those emergency services only upon completion and submission of his or her account on Form 6.

4(3) A dentist engaged in private practice who provides dental services in areas receiving services under agreement with the Manitoba Dental Association shall be reimbursed for approved services only upon completion and submission of his or her accounts on Form 6.

Eligibility of beneficiaries

5(1) Subject to subsections (3) and (4), the following children who are from six to 12 years of age are beneficiaries:

- (a) children enrolled
 - (i) in schools within the geographic boundaries of the school divisions, remote school districts, and special revenue districts, in Manitoba set out in Schedule B, and

3(2) L'inscription au programme de soins dentaires en application du paragraphe (1) vise la période précisée dans la formule d'inscription, mais elle peut être annulée en tout temps sur demande écrite.

3(3) Le parent ou le tuteur du bénéficiaire fournit, avec la formule d'inscription, un exposé écrit de l'historique médicale du bénéficiaire selon la formule 3, un historique dentaire ainsi que les autres renseignements pertinents susceptibles d'influer sur le déroulement ou les résultats du traitement dentaire que recevra le bénéficiaire.

Remboursement pour soins dentaires

4(1) Les dentistes exerçant dans un cabinet privé qui fournissent des soins dentaires à des bénéficiaires dirigés sont remboursés pour ces soins après avoir rempli et présenté leurs comptes au moyen de la formule 6, à laquelle ils joignent un exemplaire dûment rempli :

- a) de la formule 4 s'il s'agit d'un dentiste;
- b) de la formule 5, s'il s'agit d'un spécialiste.

4(2) Les dentistes qui exercent dans un cabinet privé et fournissent des soins dentaires d'urgence à des bénéficiaires recevant normalement des soins dispensés par Santé Manitoba, personnel du service d'hygiène dentaire, sont remboursés pour ces soins après avoir rempli et présenté leur compte au moyen de la formule 6.

4(3) Les dentistes qui exercent dans un cabinet privé et fournissent des soins dentaires dans des zones desservies aux termes de contrats avec l'Association dentaire manitobaine, sont remboursés à l'égard des soins approuvés après avoir rempli et présenté leurs comptes au moyen de la formule 6.

Admissibilité des bénéficiaires

5(1) Sous réserve des paragraphes (3) et (4), les enfants des catégories suivantes qui sont âgés de 6 à 12 ans sont des bénéficiaires :

- a) les enfants inscrits au Manitoba :
 - (i) dans une école située à l'intérieur des limites géographiques d'une division scolaire, d'un district scolaire éloigné ou d'un district à revenus spéciaux mentionné à l'annexe B,

(ii) in the special schools and private schools set out in Schedule B; and

(b) children residing in Manitoba within the geographic boundaries of one of the areas set out in Schedule B, but attending school in other jurisdictions, or engaged in home study.

M.R. 158/91

5(2) Subject to subsections (3) and (4), the following children who are from six to 10 years of age are beneficiaries:

(a) children enrolled in schools within the geographic boundaries of the school divisions and remote school districts in Manitoba set out in Schedule C; and

(b) children residing in Manitoba within the geographic boundaries of one of the areas set out in Schedule C, but attending school in other jurisdictions, or engaged in home study.

M.R. 158/91

5(3) To be eligible to be a beneficiary a child must be registered with the Manitoba Health Services Commission under *The Health Services Insurance Act* and the child's registration certificate must be presented when enrolling in a dental services program.

M.R. 158/91

5(4) A child becomes a beneficiary on September 1, of the year in which he or she becomes six years old.

M.R. 158/91

5(5) For the purposes of subsection (1), a child shall cease to be a beneficiary on December 31 of the year in which he or she becomes 12 years old.

M.R. 158/91

(ii) dans une école spéciale ou dans une école privée mentionnée à l'annexe B;

b) les enfants qui résident au Manitoba à l'intérieur des limites géographiques de l'une des zones énumérées à l'annexe B, mais qui fréquentent une école située dans un autre ressort ou qui étudient à domicile.

R.M. 158/91

5(2) Sous réserve des paragraphes (3) et (4), les enfants des catégories suivantes qui sont âgés de 6 à 10 ans sont des bénéficiaires :

a) les enfants inscrits dans une école située à l'intérieur des limites géographiques d'une division scolaire ou d'un district scolaire éloigné du Manitoba mentionné à l'annexe C;

b) les enfants qui résident au Manitoba à l'intérieur des limites géographiques de l'une des zones énumérées à l'annexe C, mais qui fréquentent une école située dans un autre ressort ou qui étudient à domicile.

R.M. 158/91

5(3) Pour être bénéficiaire, l'enfant doit être inscrit auprès de la Commission des services de santé du Manitoba en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* et présenter son certificat d'inscription au moment de son inscription à un programme de soins dentaires.

R.M. 158/91

5(4) L'enfant devient bénéficiaire le 1^{er} septembre de l'année de son 6^e anniversaire de naissance.

R.M. 158/91

5(5) Pour l'application du paragraphe (1), l'enfant cesse d'être bénéficiaire le 31 décembre de l'année de son 12^e anniversaire de naissance.

R.M. 158/91

5(6) For the purposes of subsection (2), a child shall cease to be a beneficiary on December 31 of the year in which he or she becomes 10 years old.

M.R. 158/91

Prescribed forms

6 The forms set out in Schedule A are prescribed for use under the Act.

5(6) Pour l'application du paragraphe (2), l'enfant cesse d'être bénéficiaire le 31 décembre de l'année de son 10^e anniversaire de naissance.

R.M. 158/91

Formule prescrite

6 L'emploi des formules mentionnées à l'annexe A est prescrit en application de la *Loi*.

SCHEDULE B
[Subsection 5(1)]

ANNEXE B
[paragraphe 5(1)]

SCHOOL DIVISIONS:

DIVISIONS SCOLAIRES :

#11 Lord Selkirk	#31 Beautiful Plains
#13 Agassiz	#32 Turtle River
#14 Seine River	#33 Dauphin Ochre
#15 Hanover	Area #1
#16 Boundary	#34 Duck Mountain
#17 Red River	#35 Swan Valley
#18 Rhineland	#36 Intermountain
#19 Morris MacDonald	#37 Pelly Trail
#20 Whitehorse Plains	#38 Birdtail River
#21 Interlake	#39 Rolling River
#22 Evergreen	#41 Fort la Bosse
#23 Lakeshore	#42 Souris Valley
#25 Midland	#43 Antler River
#26 Garden Valley	#44 Turtle Mountain
#27 Pembina Valley	#45 Kelsey
#28 Mountain	#47 Western
#29 Tiger Hills	#48 Frontier
#30 Pine Creek	

Lord Selkirk n° 11	Beautiful Plains n° 31
Agassiz n° 13	Turtle River n° 32
Seine River n° 14	Dauphin Ochre n° 33
Hanover n° 15	zone n° 1
Boundary n° 16	Duck Mountain n° 34
Red River n° 17	Swan Valley n° 35
Rhineland n° 18	Intermountain n° 36
Morris MacDonald n° 19	Pelly Trail n° 37
Whitehorse Plains n° 20	Birdtail River n° 38
Interlake n° 21	Rolling River n° 39
Evergreen n° 22	Fort la Bosse n° 41
Lakeshore n° 23	Souris Valley n° 42
Midland n° 25	Antler River n° 43
Garden Valley n° 26	Turtle Mountain n° 44
Pembina Valley n° 27	Kelsey n° 45
Mountain n° 28	Western n° 47
Tiger Hills n° 29	Frontier n° 48
Pine Creek n° 30	

REMOTE SCHOOL DISTRICTS:

DISTRICTS SCOLAIRES ÉLOIGNÉS :

#2264 Churchill	#2439 Sprague
#2309 Snow Lake	#2460 Leaf Rapids
#2312 Lynn Lake	#2461 Gypsumville

Churchill n° 2264	Sprague n° 2439
Snow Lake n° 2309	Leaf Rapids n° 2460
Lynn Lake n° 2312	Gypsumville n° 2461

SPECIAL REVENUE DISTRICTS:

DISTRICTS À REVENUS SPÉCIAUX :

2155 Pine Falls	2316 Camp Shilo
2340 Harold Edwards	2408 Whiteshell

Pine Falls 2155	Camp Shilo 2316
Harold Edwards 2340	Whiteshell 2408

SPECIAL SCHOOLS:

ÉCOLES SPÉCIALES:

Falcon Beach

Falcon Beach

PRIVATE SCHOOLS:

ÉCOLES PRIVÉES :

Private Schools within Brandon School Division #40

Écoles privées situées dans la division scolaire de Brandon n° 40

M.R. 158/91

R.M. 158/91

SCHEDULE C
[Subsection 5(2)]

ANNEXE C
[paragraphe 5(2)]

SCHOOL DIVISIONS:

DIVISIONS SCOLAIRES :

#24 Portage la Prairie

Portage la Prairie n° 24

REMOTE SCHOOL DISTRICTS:

DISTRICTS SCOLAIRES ÉLOIGNÉS :

#2355 Mystery Lake

Mystery Lake n° 2355

M.R. 158/91

R.M. 158/91

SCHEDULE A / ANNEXE A
(Forms 1 and 2 / Formules 1 et 2)

[These forms are not available online. Copies can be purchased by calling Statutory Publications at 945-3103.]

[Les présentes formules ne sont pas offertes en ligne. Vous pouvez les acheter auprès des Publications officielles en composant le 945-3103.]

M.R. / R.M. 158/91

SCHEDULE A / ANNEXE A
(Form 3 / Formule 3)

[This form is not available online. Copies can be purchased by calling Statutory Publications at 945-3103.]

[La présente formule n'est pas offerte en ligne. Vous pouvez l'acheter auprès des Publications officielles en composant le 945-3103.]

SCHEDULE A
(Forms 4 and 5)

[These forms are not available online. Copies can be purchased by calling Statutory Publications at 945-3103.]

FORMULE 4

PROGRAMME MANITOBAIN DE SOINS DENTAIRES POUR ENFANTS

**Santé
Manitoba**

**FORMULE DE
RENVOI**

(Seuls les frais couverts par le Programme manitobain de soins dentaires pour enfants sont remboursés)

Joindre la présente formule de renvoi au premier exemplaire de la demande de règlement.

N° DE DOSSIER
AU P.M.S.D.E.

NOM DE L'ENFANT		NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE			SEXE	N° C.S.S.M.					
					ann.	m.	j.							
ADRESSE														
NOM DE L'ÉCOLE				N° DE LA DIVISION SCOLAIRE		DISTRICT DENTAIRE			NOM DE L'ÉQUIPE			N° DE L'ÉQUIPE		
NOM DU PÈRE, DE LA MÈRE OU DU TUTEUR														

Veillez donner des soins ou fournir des conseils concernant l'affection décrite ci-dessous, laquelle est couverte par le Programme manitobain de soins dentaires pour enfants. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

DESTINATAIRE : _____

_____ D' _____ TÉL. _____

DATE _____ SIGNATURE _____ DDS/DMD DATE D'EXPIRATION _____

SERVICES D'HYGIÈNE DENTAIRE – 831, AVENUE PORTAGE – JOINDRE À LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

FORMULE 5

Santé Manitoba
Programme de soins
dentaires pour enfants

FORMULE DE RENVOI À UN SPÉCIALISTE

(Seuls les frais couverts par le Programme manitobain de soins dentaires pour enfants sont remboursés)

Joindre la présente formule de renvoi au premier exemplaire de la demande de règlement.

					N° DE DOSSIER AU P.M.S.D.E.		
NOM DE L'ENFANT PRÉNOM		NOM DE FAMILLE		DATE DE NAISSANCE ann. m. j.		SEX E	N° C.S.S.M.
ADRESSE							
NOM DE L'ÉCOLE			N° DE LA DIVISION SCOLAIRE	RÉSERVÉ À L'ÉQUIPE DENTAIRE DU GOUVERNEMENT			DISTRICT DENTAIRE
NOM DU PÈRE, DE LA MÈRE OU DU TUTEUR		N° DE TÉL. (DOM.)	N° DE TÉL. (BUR.)	NOM DE L'ÉQUIPE		N° DE L'ÉQUIPE	

DESTINATAIRE : _____ EXPÉDITEUR _____

MOTIF DU RENVOI

DATE _____ SIGNATURE _____ DDS/DMD N° DE TÉL. _____

Hygiène dentaire - 831, avenue Portage, bur. 3 - Joindre à la demande de règlement

SCHEDULE A
(Form 6)

[This form is not available online. Copies can be purchased by calling Statutory Publications at 945-3103.]

Formule 6

Programme Manitobain
de soins dentaires pour enfants

Réservé à la C.S.S.M.

Santé
Manitoba



DEMANDE DE RÈGLEMENT

DEMANDE N° ➤

D E N T I S T E	NOM					
	ADDRESSSE					
	VILLE, PROV.					
	CODE POSTAL					
	TÉLÉPHONE					
	N° D'INSCR. À LA C.S.S.M.	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
	ENDROIT DU BUREAU					
L'enfant a-t-il reçu tous les soins dentaires nécessaires?		OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Dans la négative expliquer :						

N° DE DOSSIER AU P.S.D.E.													
P A R T I E N T	NOM		PRÉNOM(S)										
	ADDRESSSE		APP.										
	VILLE		PROV.										
	CODE POSTAL												
	N° D'INSCR. À LA C.S.S.M.		SEX		DATE DE NAISSANCE								
	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						FÉM. MASC. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
	DIVISION SCOLAIRE				NUMÉRO								
	ÉCOLE				NUMÉRO								

* Si une explication est nécessaire, inscrire le code « Y » et donner l'explication ci-dessous.

DATE DE LA VISITE			CODE DE LA DENT	CODE DE L'ACTE DENTAIRE	* FACES DENTAIRES	FRAIS DE LABORATOIRE	HONORAIRES DU DENTISTE	TOTAL DES FRAIS
ann.	m.	j.						
Total des frais							➤	

LE PRÉSENT ÉTAT DES SOINS RENDUS ET DES FRAIS FACTURÉS EST EXACT.

Signature du dentiste _____ Date _____ J / M / A

Réservé à l'équipe dentaire du gouvernement

FOURNISSEUR	

NOM DE L'ÉQUIPE

NUMÉRO

REMARQUES:

RÉSERVE AU DENTISTE
RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES DENTAIRE, LES COMPLICATIONS ET LES PARTICULIÉTÉS

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS COMMUNIQUÉS UNIQUEMENT AU PERSONNEL DE LA FACTURATION ET DE LA RECHERCHE.