WCB
Workers Compensation Board of Manitoba

Manuel des codes de service de la WCB

Mis à jour : 16 avril 2026

333, Broadway, Winnipeg (MB) R3C 4W3 | wcb.mb.ca | 204-954-4321 | wcb@wcb.mb.c

WCB
Workers Compensation
Board of Manitoba

Table des matières

Coordonnées 3

Soumission de réclamations et traitement des paiements 4
- Soumettre des factures ou des formulaires de facturation à la WCB 4
- Traitement des factures et paiement 5
- Dates de paiement 5
- Absences et rendez-vous annulés 6
- Soumission de factures après 12 mois 7
- Soumission de réclamations à Santé Manitoba après le paiement des coûts 7
- Fournisseurs de service hors province 7
- Fournisseur de services hors pays 7

Codes d'honoraires de Santé Manitoba 8

Barèmes des frais de la WCB 9
- Thérapie du sport 9
- Biens et services audiologiques* 13
- Chiropractie 18
- Soins dentaires 24
- Soins hospitaliers 25
- Infirmière praticienne/infirmier praticien 28
- Ergothérapie 32
- Optométristes 36
- Médecins 37
- Physiothérapie 46
- Psychologie 51

WCB
Workers Compensation Board of Manitoba

Coordonnées

Les services fournis pour le traitement des travailleurs blessés sont appréciés, et la Commission des accidents du travail du Manitoba (la WCB) tient à s'assurer que vous êtes payé pour ces services de la façon la plus rapide et la plus exacte possible.

Pour votre commodité, nous présentons les exigences pour déclarer et facturer vos services à la WCB.

Vous pouvez **télécharger** un court livret expliquant le processus et les renseignements requis pour facturer la WCB pour vos services.

Souvenez-vous que dans certains cas, la WCB doit approuver certains traitements et services avant la facturation.

L'approbation au préalable des traitements et des services s'applique à la physiothérapie, aux traitements de chiropractie, aux infiltrations pour traiter la douleur, à la chirurgie et à l'optométrie.

Pour toute demande d'information :

- Winnipeg : 204-954-4321
- Numéro sans frais au Canada et aux États-Unis : 1-855-954-4321

Soumission de réclamations et traitement des paiements

Soumettre des factures ou des formulaires de facturation à la WCB

Tous les fournisseurs de produits et services doivent posséder un compte de la WCB pour lui soumettre des factures. Si vous n'avez pas de compte, remplissez le **formulaire d'inscription ou de modification d'un fournisseur** de la WCB et soumettez-le par courriel ou télécopieur (les coordonnées sont indiquées dans le formulaire). Si vous exercez à plusieurs emplacements, vous devrez créer un compte de la WCB pour chacun d'entre eux.

Le **formulaire d'inscription ou de modification d'un fournisseur** est disponible sur le site Web de la WCB, sous *Ressources et formulaires*.

Pour assurer le traitement rapide de votre paiement, assurez-vous d'**inclure les renseignements suivants** dans vos factures ou vos formulaires de facturation à la WCB :

1) Date de la facture
2) Coordonnées du fournisseur de services/de la clinique (numéro de compte de la WCB, nom du compte, adresse municipale, numéros de téléphone et de télécopieur)
3) Information sur le patient (numéro de réclamation, date de naissance, nom, NIP, adresse municipale, numéro de téléphone, date de l'incident et partie du corps touchée par la blessure)
4) Date de la prestation (visites initiales et ultérieures)
5) Code de service ou d'honoraires de la WCB et description du service
6) Quantité (unité de traitement)
7) Montant en dollars du code de service ou d'honoraires
8) Nom du fournisseur de soins de santé traitant (prénom et nom de famille)
9) Numéro d'enregistrement du fournisseur de soins de santé traitant

Si l'un des renseignements ci-dessous est manquant sur votre facture ou formulaire de facturation à la WCB, un suivi additionnel pourrait être requis. Ceci pourrait retarder le paiement de services prodigués.

Traitement des factures et paiement

La WCB traite le paiement des factures dans l'ordre où elles sont reçues. Les paiements et les relevés de paiement sont émis le 15 et le 30 de chaque mois (ou au prochain jour ouvrable) et envoyés par la poste le prochain jour ouvrable.

Si vous recevez vos paiements par dépôt direct, un relevé de paiement détaillé sera envoyé par la poste une fois votre dépôt traité.

La WCB met tout en œuvre pour régler les factures dans les 45 jours ouvrables suivant la date de réception de la facture au bureau de la WCB. Si vous n'avez pas reçu le paiement d'une facture soumise, veuillez attendre au moins 45 jours à partir de la date de soumission à la WCB avant d'effectuer un deuxième envoi de la facture.

Si vous effectuez un deuxième envoi, prière d'inscrire « deuxième soumission » sur la facture.

Dates de paiement

Les paiements des biens et services sont traités le 15e et l'avant-dernier jour ouvrable de chaque mois. Si le 15e jour tombe lors d'une fin de semaine ou d'un jour férié, le paiement sera traité le dernier jour ouvrable qui précède le 15e jour.

Les paiements émis par dépôt direct sont normalement déposés dans le compte bancaire désigné deux jours ouvrables après la date de traitement du paiement, sauf à la fin de décembre où les fonds sont déposés dans le compte bancaire le troisième jour ouvrable après la date de traitement du paiement.

Date de traitement du paiement	Date du dépôt direct	Date d'envoi du chèque et du relevé de paiement
15 janvier 2026	19 janvier 2026	16 janvier 2026
29 janvier 2026	2 février 2026	30 janvier 2026
13 février 2026	17 février 2026	17 février 2026
26 février 2026	2 mars 2026	27 février 2026
13 mars 2026	17 mars 2026	16 mars 2026

Date de traitement du paiement	Date du dépôt direct	Date d'envoi du chèque et du relevé de paiement
30 mars 2026	1er avril 2026	31 mars 2026
15 avril 2026	17 avril 2026	16 avril 2026
29 avril 2026	1er mai 2026	30 avril 2026
15 mai 2026	20 mai 2026	19 mai 2026
28 mai 2026	1er juin 2026	29 mai 2026
15 juin 2026	17 juin 2026	16 juin 2026
29 juin 2026	2 juillet 2026	30 juin 2026
15 juillet 2026	17 juillet 2026	16 juillet 2026
30 juillet 2026	3 août 2026	31 juillet 2026
14 août 2026	18 août 2026	17 août 2026
28 août 2026	1er septembre 2026	31 août 2026
15 septembre 2026	17 septembre 2026	16 septembre 2026
28 septembre 2026	1er octobre 2026	29 septembre 2026
15 octobre 2026	19 octobre 2026	16 octobre 2026
29 octobre 2026	2 novembre 2026	30 octobre 2026
13 novembre 2026	17 novembre 2026	16 novembre 2026
27 novembre 2026	1er décembre 2026	30 novembre 2026
15 décembre 2026	17 décembre 2026	16 décembre 2026
29 décembre 2026	4 janvier 2027	30 décembre 2026

Absences et rendez-vous annulés

La WCB n'est pas responsable si un travailleur blessé ne respecte pas une politique d'annulation ni les frais associés, y compris, entre autres, les frais associés aux absences, aux rendez-vous manqués ou aux retards d'un travailleur blessé pour la prestation des services.

Soumission de factures après 12 mois

Conformément au paragraphe 27(7) de la *Loi sur les accidents du travail*, une facture pour une aide médicale ou un rapport médical doit être soumise dans les 12 mois suivant la date de prestation des biens ou services au travailleur ou la date du rapport médical soumis à la WCB. Toute facture soumise après cette période de 12 mois est inadmissible au paiement.

Soumission de réclamations à Santé Manitoba après le paiement des coûts

Si vous avez prodigué des services à un travailleur blessé dont l'état de la réclamation est modifié à une date ultérieure, la WCB pourrait tenter de récupérer les paiements effectués en tout ou en partie et vous donner l'ordre de récupérer les coûts auprès de Santé Manitoba ou d'un payeur autre que la WCB. Les fournisseurs de services qui s'adressent à Santé Manitoba pour le paiement de ces coûts peuvent trouver les renseignements sur la soumission d'une réclamation au-delà de la date limite de six mois dans le **site Web de Santé Manitoba**.

Fournisseurs de service hors province

Afin que les travailleurs hors province ne soient pas désavantagés et continuent de recevoir le niveau de soins dont ils ont besoin, la WCB versera des honoraires raisonnables, souvent au taux versé par la commission des accidents du travail de la province dans laquelle les services ont été prodigués.

Fournisseur de services hors pays

Les frais peuvent être négociés au cas par cas, à un montant différent de celui facturé à l'origine.

Codes d’honoraires de Santé Manitoba

Les frais pour aide médicale sont fixés par l’autorité législative de la WCB. Il existe un code de service ou d’honoraires associé à chaque service prodigué à un travailleur blessé et facturé à la WCB. Certains codes et honoraires reflètent ceux établis par Santé Manitoba et d’autres sont spécifiques à la WCB.

La WCB utilise les codes de service ou d’honoraires de Santé Manitoba pour les services qui auraient été couverts par Santé Manitoba s’il ne s’agissait pas d’une blessure au travail. Prière de consulter le **Guide des médecins de Santé Manitoba** pour obtenir une liste des codes d’honoraires et des taux applicables.

Dans tous les autres cas, des codes de service sont attribués et les honoraires sont fixés par la WCB. Consultez les barèmes des frais de la WCB détaillés dans les pages suivantes.

Thérapie du sport

Code de service	Description	Barème des frais (1er janvier 2026)	Barème des frais (1er janvier 2025)	Remarques
0180	Visite initiale	90,18 $	77,08 $	AT.1
0213	Visite initiale, nord du Manitoba	91,64 $	78,33 $	AT.1, AT.2
0181	Visite de suivi	72,36 $	55,99 $	AT.3, AT.4
0214	Visite de suivi, nord du Manitoba	73,98 $	57,24 $	AT.2, AT.3, AT.4
0165	Frais de fournitures d'acupuncture	24,89 $	19,26 $	AT.5
0182	Visite multisite	61,94 $	47,93 $	AT.6
0204	Frais de rapport initial	48,23 $	47,19 $	AT.1, AT.7
0205	Frais de rapport sur l'évolution/la fin de la prise en charge du patient	48,23 $	47,19 $	AT.8
0218	Frais de rapport détaillé	153,79 $	150,48 $	AT.9
8116	Demande de traitement additionnel	48,23 $	47,19 $	AT.10
0052	Frais de photocopie (jusqu'aux cinq premières pages)	18,61 $	18,21 $	AT.11
0053	Frais de photocopie (plus de cinq pages)	3,72 $	3,64 $	AT.12
S.O.	Postes divers	Selon la facturation	Selon la facturation	AT.13
0075	Consultation téléphonique avec la WCB	224,09 $	219,26 $	AT.14

Remarques

AT.1 Une dépense « garantie » qui sera payée, même si la réclamation est acceptée, refusée ou non jugée.

AT.2 Toute clinique de thérapie du sport située au nord de Swan River reçoit une indemnité de localité fondée sur les codes de services pour les cliniques du Nord.

AT.3 Dix-huit traitements avant qu'une demande de prolongation soit nécessaire.

AT.4 La WCB n'effectuera aucun paiement pour les visites de suivi dans le cadre de réclamations rejetées.

AT.5 Les frais de fournitures d'acupuncture (code de service 0165) lors de la visite initiale en thérapie du sport (code de service 0180) ou lors de la visite de suivi (code de service 0181) peuvent être facturés le même jour.

AT.6 Les visites multisites doivent être approuvées au préalable.

AT.7 Facturable si un rapport initial rempli (formulaire de la WCB) est soumis.

AT.8 Un rapport sur l'évolution du patient ou un autre rapport ultérieur n'est pas requis pour chaque visite ultérieure ou de suivi. Il faut soumettre un rapport sur l'évolution du patient à la demande de la WCB ou lorsqu'il y a un changement notable à la guérison du travailleur.

Facturable si un rapport sur l'évolution du patient rempli (formulaire de la WCB) est soumis.

AT.9 Frais par page. La première page sera facturée comme page pleine; toutes les pages subséquentes seront calculées au prorata, en fonction de la longueur de la lettre, et facturées au taux d'une demi-page ou d'une pleine page.

Une lettre détaillée écrite ou manuscrite du thérapeute du sport, adressée à la WCB, en réponse à une demande de rapport détaillé de la part de la WCB. Les marges de gauche et de droite ne doivent pas dépasser un pouce. L'en-tête ne doit pas dépasser trois pouces et la taille de la police du texte ne doit pas dépasser 12 points, simple interligne.

AT.10 Ne doit pas être combiné aux frais de rapport sur l'évolution/la fin de la prise en charge du patient.

AT.11 Les frais administratifs pour imprimer ou photocopier les résultats d'examen, les notes au dossier, l'imagerie diagnostique, etc. à la demande de la WCB.

AT.12 Frais pour chaque page additionnelle au-delà de cinq pages.

AT.13 Frais pour postes divers (c.-à-d. les fournitures médicales). Une description de l'article est requise dans la facturation. Exempt de TPS.

Une fois la thérapie approuvée, la clinique peut facturer la WCB et recevoir le paiement sans une approbation additionnelle pour l'approvisionnement d'une seule quantité des articles suivants, jusqu'à un maximum de 50 $:

- Balles et ballons (p. ex., ballons d'exercice, balles de massage, balles de tennis, etc.)
- Bandes (p. ex., bandes de résistance, bandes REP, etc.)
- Pansements (p. ex., sparadraps, gazes, ouates stériles)
- Pâte à modeler et tubulure
- Compresses chaudes et froides (p. ex., pochettes réfrigérantes, coussins chauffants, vessies de glace)
- Vaporisateurs analgésiques
- Bandages
- Bandages de contention

Si les articles ci-dessus sont requis plus d'une fois, il faut obtenir l'approbation de la WCB.

Si les postes divers ne sont pas indiqués dans la liste ci-dessous, il faut obtenir l'approbation de la WCB.

AT.14 Le montant indiqué constitue un taux horaire et sera payé par incréments de cinq minutes. Facturable pour les communications téléphoniques avec la WCB concernant une réclamation à la WCB. La communication doit être initiée par la WCB ou, avec l'approbation préalable de la WCB, par

le thérapeute du sport qui émet la facture. Les communications peuvent comprendre le rappel de l'auteur d'un appel manqué. Facturable pour chaque période pleine de cinq minutes et chaque période additionnelle de cinq minutes ou toute période additionnelle importante. Une période additionnelle importante doit être d'une durée supérieure à la moitié de cinq minutes, soit plus de deux minutes et demie.

Renseignements additionnels

Les thérapeutes du sport dans la région du Nord ont droit à une indemnité du Nord.

Une évaluation initiale et 18 traitements de suivi sont approuvés initialement. Une approbation préalable est requise au-delà des 18 traitements.

Biens et services audiologiques*

Code de service	Description	Barème des frais (1er mai 2025)	Barème des frais (1er mai 2024)	Remarques
0134	Évaluation audiologique complète	145,09 $	143,51 $	**AU.1**
0055	Évaluation audiologique partielle	72,58 $	71,79 $	**AU.2**
0133	Piles	1,69 $	1,67 $	**AU.3**
0054	Frais de nettoyage	22,36 $	22,12 $	**AU.4**
0143	Embouts auriculaires	112,67 $	111,44 $	**AU.5**
0135	Frais d'ajustement et de prestation	601,44 $	594,90 $	**AU.6**
0131	Appareils auditifs**	Selon la facturation	Selon la facturation	**AU.7**
0141	Divers	Selon la facturation	Selon la facturation	**AU.8**
0140	Frais de réparation	153,48 $	151,81 $	**AU.9**
0142	Frais de service	44,71 $	44,22 $	**AU.10**

* Veuillez consulter les **Directives pour les fournisseurs de biens et services audiologiques**.

** Veuillez consulter la **Liste des appareils auditifs approuvés**.

Remarques

AU.1 Facturable pour une évaluation effectuée par un audiologiste certifié. Une évaluation complète comprend :

- Historique des problèmes auditifs
- Évaluation par otoscopie
- Test de conduction aérienne à tonalité pure et masquage sonore s'il y a lieu pour inclure les fréquences suivantes : 250, 500, 1 000, 2 000, 3 000, 4 000, 6 000 et 8 000 Hz
- Audiogramme tonal de la conduction osseuse pour inclure les fréquences indiquées ci-dessus et masquage sonore s'il y a lieu (veuillez noter que la WCB exige toutes les fréquences, y compris 3 000 Hz, pour déterminer le degré d'incapacité permanente du travailleur)
- Audiométrie vocale, y compris l'administration des tests suivants : Seuil de réception de la parole; détermination des niveaux d'inconfort; niveaux les plus confortables et détermination des niveaux d'inconfort; niveaux les plus confortables et discrimination des mots
- Évaluation du fonctionnement de l'oreille moyenne ou impédancemétrie
- En fonction du résultat de l'impédancemétrie, l'aiguillage vers des examens additionnels pourrait être requis

AU.2 Facturable pour une évaluation effectuée par un praticien en prothèses auditives.

AU.3 Taux maximum par pile, facturable à la demande par le travailleur ou la WCB. Le produit doit avoir une durée de conservation appropriée en fonction de l'utilisation et du volume d'approvisionnement.

Le type et la quantité de piles fournis doivent être indiqués clairement sur la facture.

Piles : Tailles 13, 312 et 675 : Un maximum de 60 piles par appareil sera financé par année.

Piles : Taille 10 : Un maximum de 100 piles par appareil sera financé par année.

Pour les appareils auditifs rechargeables, le coût des chargeurs et des piles par année ne doit pas dépasser celui de la distribution annuelle de piles en vigueur.

AU.4 Pour le nettoyage d'appareils seulement. Il doit s'agir d'une visite séparée et elle ne peut être combinée à des frais de service ou de réparation.

Il y a une limite de deux visites par appareil, par année.

Les frais de nettoyage sont seulement applicables un an après la date de l'ajustement/distribution initial.

AU.5 Les frais pour embouts auriculaires s'appliquent aux embouts auriculaires fournis à partir d'un an après la date de l'ajustement/la distribution initial. Les embouts auriculaires fournis au moment de l'ajustement initial/la distribution (standards, personnalisés, puissance sur mesure) seront payés au prix du fabricant, plus les frais d'ajustement initial/de distribution. Il faut soumettre la facture du fabricant avec votre facture.

Les frais comprennent l'impression et les embouts auriculaires. Ceci s'applique aux modèles BTE/RIC/RITE. Maximum d'un par oreille, aux deux ans. Une approbation préalable est requise.

AU.6 Facturable pour chaque appareil auditif fourni. Le service comprend :

- La sélection d'un appareil auditif approprié
- L'impression d'embouts auriculaires
- La programmation de l'appareil auditif
- Les mesures réelles de l'oreille (REM) pour vérifier l'ajustement
- La vérification de l'audibilité, du confort et de la tolérance
- L'évaluation Speech Mapping, si elle est disponible
- Les vérifications de contrôle de qualité (vérifications électroacoustiques)
- Une formation et des conseils appropriés concernant l'usage des appareils auditifs, des piles et des accessoires (y compris le nettoyage et l'entretien)
- Conseiller le travailleur à propos des attentes réalistes sur les bénéfices durant et après la période d'adaptation

- Faire un suivi auprès du travailleur durant la période d'essai stipulée par le fabricant de l'appareil auditif (la visite de suivi comprendra l'ajustement, des conseils, la réparation et la reprogrammation, au besoin)
- Remettre tous les guides et les garanties sur le produit
- Tout travail couvert par la garantie.
- L'ajustement d'appareils Cros/Bi-Cros peut être facturé au même taux qu'un ajustement binaural.

AU.7 La WCB paiera le coût d'un appareil auditif si l'appareil est identifié par un audiologiste et est choisi dans la liste des appareils auditifs de la WCB au moment de l'ajustement. Si un appareil auditif est nécessaire, mais n'a pas été approuvé au préalable, la demande sera examinée au cas par cas par la WCB.

Les fournisseurs de service doivent obtenir l'autorisation écrite de la WCB pour le remplacement d'un appareil auditif.

AU.8 Les accessoires doivent être approuvés au préalable par la WCB.

AU.9 Les frais de réparation doivent être approuvés au préalable par la WCB. Une copie de la facture du fabricant décrivant les réparations est requise. Il faut soumettre la facture du fabricant lors de facturation de frais de réparation.

Ces frais sont facturables une fois par transaction auprès du fabricant (et non par appareil) et ne peuvent être combinés aux frais de service ou aux frais de nettoyage.

AU.10 Un service peut comprendre des réparations mineures à l'interne, des vérifications de la performance, la reprogrammation, l'ajustement ou le nettoyage. Les frais comprennent tous les produits et pièces nécessaires pour l'entretien régulier des appareils, y compris les dômes, les tubes, etc.

Il y a une limite de deux visites par appareil, par année.

Les frais de service sont facturables seulement un an après la date de l'ajustement/distribution initial.

Applicable si le service est assuré par un audiologiste ou un praticien en prothèses auditives.

Ne peuvent être combinés à des frais de réparation ou de nettoyage.

Les postes divers comprennent :

- Dômes/dispositifs anti-cérumen : Un maximum de 12 de chacun par appareil sera financé par année civile.
- Le paiement de trousses Dry-Aid et d'autres articles qui ne sont pas considérés comme étant des accessoires sera évalué au cas par cas.
- Le remplacement d'un récepteur à l'interne doit être approuvé au préalable et être facturé avec des frais de service.

Chiropractie

Code de service	Description	Barème des frais (1er mars 2026)	Barème des frais (1er janvier 2026)	Barème des frais (1er mars 2025)	Barème des frais (1er janvier 2025)	Remarques
0222	Visite initiale	80,77 $	78,80 $	78,80 $	76,88 $	C.1, C.2
0220	Visite de suivi	53,84 $	52,53 $	52,53 $	51,25 $	C.1, C.3, C.4, C.5
3095	Visite multisite	40,28 $	39,30 $	39,30 $	38,34 $	C.1, C.4, C.5, C.6
0224	Traitement d'acupuncture	57,59 $	56,18 $	56,18 $	54,81 $	C.5, C.7
0225	Frais de fournitures d'acupuncture	20,88 $	20,37 $	20,37 $	19,88 $	C.5, C.7
3019	Frais de rapport initial	58,15 $	56,73 $	56,73 $	55,35 $	C.2
0226	Technique de relâchement actif (ART)	Voir la remarque	Voir la remarque	Voir la remarque	Voir la remarque	C.6, C.8
0208	Frais de rapport sur l'évolution/la fin de la prise en charge du patient (ordinaire)	58,15 $	56,73 $	56,73 $	55,35 $	C.9
3017	Frais de rapport détaillé	162,17 $	158,22 $	158,22 $	154,36 $	C.10
3028	Rapport de note au dossier	16,14 $	16,14 $	15,79 $	15,79 $	C.11
0223	Visite d'urgence à domicile	37,84 $	36,92 $	36,92 $	36,02 $	C.12
0019	Honoraire d'exercice	68,44 $	66,77 $	66,77 $	65,14 $	C.13

3056	Frais de poste/service de messagerie	Selon la facturation	Selon la facturation	Selon la facturation	Selon la facturation	C.14
3040	Postes divers	Selon la facturation	Selon la facturation	Selon la facturation	Selon la facturation	C.15
0059	Consultation téléphonique avec la WCB	291,88 $	284,76 $	284,76 $	277,82 $	C.16

Remarques

C.1 Le traitement est approuvé par semaines. Fréquence maximum des traitements facturables à la WCB :

- Première semaine – Traitement quotidien
- Semaines deux à quatorze – Trois traitements par semaine

Pour les services rendus avant le 1er septembre 2025, le début de la semaine de facturation se fonde sur le jour de l'évaluation initiale (p. ex., si l'évaluation initiale a lieu un mercredi, la semaine se déroulera du mercredi au mardi).

À compter du lundi 1er septembre 2025, chaque semaine de facturation commence le lundi et se termine le dimanche, sans égard à la date à laquelle l'évaluation initiale a été réalisée.

C.2 Une dépense « garantie » qui sera payée, même si la réclamation est acceptée, refusée ou non jugée.

C.3 Le traitement initial (code de service 0222) et le traitement de suivi (code de service 0220) peuvent être facturés le même jour.

C.4 Un traitement multisite (code de service 3095) est applicable lorsqu'au moins deux parties distinctes du corps touchées par une blessure nécessitent un traitement dédié. Des zones médullaires liées seront considérées comme une seule partie.

En plus des frais de traitement de suivi (code de service 0220), un traitement multisite peut être facturé, avec l'approbation préalable de la WCB.

Le traitement multisite (code de service 3095) et le traitement de suivi (code de service 0220) doivent être facturés le même jour.

C.5 Des frais de visite de suivi (code de service 0220) ne peuvent pas être facturés le même jour qu'un traitement d'acupuncture (code de service 0224) ou que des frais de traitement d'acupuncture (code de service 0225).

C.6 Une visite multisite (code de service 3095) ne peut pas être facturée avec une technique de relâchement actif (ART) (code de service 0226).

C.7 Le financement pour jusqu'à cinq visites est approuvé automatiquement; l'acupuncture au-delà des cinq visites nécessite une approbation au préalable de la WCB.

C.8 Un traitement de chiropractie qui comprend une technique de relâchement actif (ART) regroupe toutes les parties du traitement. L'ART (code de service 0226) ne peut pas être combinée à un traitement de chiropractie ordinaire (visite de suivi, code de service 0220). L'ART doit être approuvée au préalable par la WCB. L'ART sera seulement approuvée si la technique est prodiguée par des fournisseurs qualifiés et en règle.

Les factures seront passées en revue pour confirmer les frais raisonnables. La couverture maximum est 60 $.

C.9 Un rapport sur l'évolution du patient ou un autre rapport ultérieur n'est pas requis pour chaque visite ultérieure ou de suivi. Il faut soumettre un rapport sur l'évolution du patient à la demande de la WCB ou lorsqu'il y a un changement notable à la guérison du travailleur.

Facturable si un rapport sur l'évolution du patient rempli (formulaire de la WCB) est soumis.

C.10 Frais par page. La première page sera facturée comme page pleine; toutes les pages subséquentes seront calculées au prorata, en fonction de la longueur de la lettre, et facturées au taux d'une demi-page ou d'une pleine page.

Une lettre détaillée écrite ou manuscrite du chiropraticien, adressée à la WCB, en réponse à une demande de rapport détaillé de la part de la WCB. Les marges de gauche et de droite ne doivent pas dépasser un pouce. L'en-tête ne doit pas dépasser trois pouces et la taille de la police du texte ne doit pas dépasser 12 points, simple interligne.

C.11 Taux fixe.

C.12 Ces frais peuvent être payés en plus de frais de visite initiale ou de suivi et de frais de rapport (codes de service 0222, 0220, 3019 et 0208).

C.13 Payable seulement une fois par réclamation.

Le financement de ces frais sera approuvé si les critères suivants sont respectés :

- Un exercice effectué sous des instructions cliniques, par la démonstration d'un chiropraticien ou par le requérant à la WCB avec une correction et un encadrement continus
- Le programme d'exercice devra être progressif ou régressif en fonction des visites ultérieures ou de la forme du travailleur
- Le programme d'exercice est appuyé par les meilleures pratiques actuelles; par exemple le module d'exercice disponible dans les directives de l'Association chiropratique canadienne ou l'équivalent

- Encourager l'utilisation de matériel supplémentaire (p. ex., des vidéos, du contenu en ligne, une documentation papier)
- Le programme doit être documenté dans le rapport

C.14 Facturable quand le film radiographique est livré par Postes Canada en vue de sa consultation.

La WCB paiera le coût de renvoi du film radiographique original au bureau du chiropraticien traitant, selon la méthode d'expédition la plus économique.

C.15 Frais pour postes divers (c.-à-d. les fournitures médicales). Une description de l'article est requise pour la facturation. Ces articles sont exemptés de la TPS.

Il faut obtenir l'approbation préalable de la WCB pour des accessoires comme des oreillers, des appareils orthopédiques, des ceintures, etc.

Une fois la thérapie approuvée, la clinique peut facturer la WCB et recevoir le paiement sans une approbation additionnelle pour l'approvisionnement d'une seule quantité des articles suivants, jusqu'à un maximum de 50 $:

- Balles et ballons (p. ex., ballons d'exercice, balles de massage, balles de tennis, etc.)
- Bandes (p. ex., bandes de résistance, bandes REP, etc.)
- Pansements (p. ex., sparadraps, gazes, ouates stériles)
- Pâte à modeler et tubulure
- Compresses chaudes et froides (p. ex., pochettes réfrigérantes, coussins chauffants, vessies de glace)
- Vaporisateurs analgésiques
- Bandages
- Bandages de contention

Si les articles ci-dessus sont requis plus d'une fois, il faut obtenir l'approbation de la WCB.

Si les postes divers fournis ne sont pas indiqués dans la liste ci-dessous, il faut obtenir l'approbation de la WCB.

C.16 Le montant indiqué constitue un taux horaire et sera payé par incréments de cinq minutes. Facturable pour les communications téléphoniques avec la WCB concernant une réclamation à la WCB. La communication doit être initiée par la WCB ou, avec l'approbation préalable de la WCB, par le chiropraticien qui émet la facture. Les communications peuvent comprendre le rappel de l'auteur d'un appel manqué. Facturable pour chaque période pleine de cinq minutes et chaque période additionnelle de cinq minutes ou toute période additionnelle importante. Une période additionnelle importante doit être d'une durée supérieure à la moitié de cinq minutes, soit plus de deux minutes et demie.

Renseignements additionnels

Radiographie – Les frais de technicien en radiologie sont payés à la personne qui prend la radiographie (chiropraticien) et facturés conformément aux guides de frais de Santé Manitoba.

Seul un radiologue certifié peut être facturé pour les frais professionnels.

Soins dentaires

Code de service	Description	Barème des frais	Remarques
0227	Soins dentaires	Voir la remarque	D.1

Remarques

D.1 Il faut soumettre un formulaire de réclamation pour soins dentaires. S'il y a lieu, une copie du rapport de laboratoire doit être jointe à la facture.

Renseignements additionnels

La WCB se conforme au guide des honoraires de l'Association dentaire du Manitoba ou de l'Association des denturologistes du Canada.

La WCB exige un formulaire de réclamation pour soins dentaires pour l'autorisation préalable.

La WCB paiera seulement les frais pour les codes de procédure qui ont été approuvés par la WCB.

Les frais seront payés lorsque les services sont prodigués et à la réception de la facture.

Soins hospitaliers

Code de service	Description	Barème des frais (1er avril 2026)	Barème des frais (1er janvier 2026)	Barème des frais (1er avril 2025)	Barème des frais (1er janvier 2025)	Remarques
0239	Visite standard de patient externe	484,00 $	462,00 $	462,00 $	440,00 $	H.1, H.2, H.3, H.4
1060	Chirurgie d'un jour – Intensité faible	1 468,00 $	1 402,00 $	1 402,00 $	1 335,00 $	H.3, H.5, H.6
1062	Chirurgie d'un jour – Intensité moyenne	5 343,00 $	5 103,00 $	5 103,00 $	4 860,00 $	H.3, H.5, H.6
1063	Chirurgie d'un jour – Intensité élevée	16 430,00 $	15 692,00 $	15 692,00 $	14 945,00 $	H.3, H.5, H.6
3054	Indemnité journalière pour patient hospitalisé	Voir la remarque	Voir la remarque	Voir la remarque	Voir la remarque	H.7
1058	Tomodensitogramme	844,00 $	806,00 $	806,00 $	768,00 $	H.3
3040	Fournitures médicales	Voir la remarque	Voir la remarque	Voir la remarque	Voir la remarque	H.8
1059	IRM	765,00 $	731,00 $	731,00 $	696,00 $	H.3
0921	Communication de l'information sur le patient	61,51 $	61,51 $	60,19 $	60,19 $	H.9

Remarques

H.1 Les tarifs comprennent les honoraires du médecin payés directement à l'hôpital et ne peuvent donc pas être facturés en utilisant les codes d'honoraires 8509, 8529, 8540 ni 8644 de Santé Manitoba.

H.2 Visite standard de patient externe, y compris certaines procédures d'imagerie diagnostique à coût élevé, à la discrétion. Exclut les services spécifiques identifiés par d'autres codes de service.

H.3 Lorsqu'au moins deux activités pour patient externe (code de service 0239, 1058, 1059, 1060, 1062 ou 1063) sont prodiguées au même patient, le même jour et au même hôpital, que le patient ait obtenu son congé ou ait été réadmis au même hôpital, le même jour; seulement une activité pour patient externe peut être facturée à l'hôpital (c.-à-d. l'activité au taux le plus élevé).

H.4 Des frais pour patient externe peuvent être facturés le même jour qu'une admission ou un congé de patient interne au même hôpital si le patient n'est pas un patient interne inscrit à l'hôpital au moment où les services sont prodigués.

Si un patient reçoit des services pour patient externe tandis qu'il est admis à titre de patient interne, l'hôpital ne peut facturer les services pour patient externe. En pareil cas, le coût des services pour patient externe est inclus à l'indemnité journalière pour patient interne.

Si un patient est inscrit à un hôpital à titre de patient externe et quitte l'hôpital avant d'être examiné par un médecin ou de recevoir un traitement, il est possible de facturer le code de service 0239.

Un patient externe est une personne acceptée officiellement par un hôpital qui reçoit au moins un service de santé sans être admise à titre de patient interne. Les données identifiables sur la personne sont consignées dans le système d'enregistrement ou d'information de l'organisation et un identifiant unique lui est attribué pour enregistrer les services qui lui sont prodigués et pour en faire le suivi.

H.5 Suivre les règles de facturation interprovinciale. Il faut fournir les codes de la CCI.

H.6 Un patient en chirurgie d'un jour a soit reçu des services d'urgence ou a obtenu un rendez-vous pour recevoir des services non urgents dans un hôpital (p. ex., une salle d'opération, une salle d'endoscopie, une salle de cathétérisme cardiaque).

H.7 Ces frais constituent un montant fixe pour le séjour d'un patient interne et couvrent tous les coûts durant la période d'hospitalisation. L'indemnité journalière pour patient interne dans un service d'hospitalisation ou à l'unité de soins intensifs est unique à chaque établissement et est disponible dans le système de facturation interprovinciale de Santé Manitoba. La facture doit comprendre le tarif journalier et le nombre de jours. Pour un séjour à l'hôpital d'une nuit allant du 31 mars au 1er avril, la WCB paie le tarif en vigueur le 1er avril.

H.8 Le coût de fournitures médicales/chirurgicales (p. ex., gaze, seringues, bandages, sutures, etc.) est inclus dans le tarif du service d'hospitalisation (code de service 3054) ou dans le tarif de la chirurgie d'un jour (code de service 1060, 1062 ou 1063) et ne peut pas être facturé séparément. Facturable quand le coût a été facturé directement au travailleur blessé (p. ex., des béquilles, des vessies de glace, des trousses de soins des plaies, etc.).

H.9 À la demande de la WCB, cette information peut être incluse dans le rapport de la salle d'urgence, le rapport sommaire sur le patient, le rapport du transport par ambulance, etc. Le coût est facturable en fonction de la date à laquelle la demande est traitée par l'hôpital.

Infirmière praticienne/infirmier praticien

Code de service ou d'honoraires	Description	Barème des frais (1er avril 2026)	Barème des frais (1er janvier 2026)	Barème des frais (1er avril 2025)	Barème des frais (1er janvier 2025)	Remarques
8462	Prime pour l'âge (65 à 69 ans)	10 %	10 %	10 %	10 %	NP.1
8463	Prime pour l'âge (70 ans et plus)	20 %	20 %	20 %	20 %	NP.1
8540	Historique complet et examen physique	93,66 $	91,82 $	91,82 $	90,02 $	NP.2, NP.3
8529	Visite au bureau – Régionale ou ultérieure	41,02 $	40,22 $	40,22 $	39,43 $	NP.3, NP.4
8321	Visite intermédiaire virtuelle par téléphone ou vidéo	41,02 $	40,22 $	40,22 $	39,43 $	NP.3, NP.5
0209	Frais de rapport initial	48,93 $	48,93 $	47,88 $	47,88 $	NP.6, NP.7
0020	Frais de rapport initial – Gestion des opioïdes	69,27 $	69,27 $	67,78 $	67,78 $	NP.6, NP.8
0210	Frais de rapport sur l'évolution/la fin de la prise en charge du patient	48,93 $	48,93 $	47,88 $	47,88 $	NP.7, NP.9
0021	Frais de rapport sur l'évolution – Gestion des opioïdes	49,32 $	49,32 $	48,26 $	48,26 $	NP.8
3026	Rapport détaillé	155,28 $	155,28 $	151,94 $	151,94 $	NP.10
3028	Rapport de note au dossier	16,14 $	16,14 $	15,79 $	15,79 $	NP.11

8561	Visites spéciales au domicile du patient	55,07 $	53,99 $	53,99 $	52,93 $	**NP.3**, **NP.12**
0098	Consultation téléphonique avec la WCB	165,78 $	165,78 $	162,21 $	162,21 $	**NP.13**

Remarques

NP.1 Les codes de service 8462 et 8463, le cas échéant, peuvent être facturés avec les codes d'honoraire 8540, 8529, 8442 et 8321 de Santé Manitoba, à titre de pourcentage de ceux-ci.

NP.2 Le temps que l'infirmière praticienne passe directement en présence du patient aux fins d'examen, de discussion ou d'explication.

NP.3 En plus du montant indiqué ci-dessus, les infirmières praticiennes recevront les indemnités de localité suivantes pour les visites au bureau (codes d'honoraires 8529 et 8540) :

- Collectivités éloignées – 35 %
- Nord du Manitoba (au nord du 53e parallèle) : 25 %
- Manitoba rural : 5 %
- Ville de Brandon : 5 %

NP.4 Un service prodigué au patient qui comprend un historique des problèmes énoncés; un examen des parties ou des systèmes du corps liés aux problèmes énoncés; un examen de toutes les investigations pertinentes; un rapport écrit rempli et des conseils au patient.

NP.5 Visite virtuelle par téléphone ou vidéo, par patient, par visite.

NP.6 Une dépense « garantie » qui sera payée, même si la réclamation est acceptée, refusée ou non jugée.

NP.7 Facturable si l'un des critères suivants est respecté :

- Un rapport initial/sur l'évolution/sur la fin de la prise en charge du patient rempli (formulaire de la WCB) ou
- Un rapport initial/sur l'évolution/sur la fin de la prise en charge du patient incomplet avec, en pièce jointe, le dossier du patient ou les notes cliniques de la visite avec le patient (le dossier ou les notes cliniques doivent contenir de l'information comme celle demandée dans le rapport initial)

NP.8 Facturable quand un rapport initial sur la gestion des opioïdes ou un rapport sur l'évolution de la gestion des opioïdes est soumis.

NP.9 Un rapport sur l'évolution du patient ou un autre rapport ultérieur n'est pas requis pour chaque visite ultérieure ou de suivi. Il faut soumettre un rapport sur l'évolution du patient à la demande de la WCB ou lorsqu'il y a un changement notable à la guérison du travailleur.

NP.10 Frais par page. La première page sera facturée comme page pleine; toutes les pages subséquentes seront calculées au prorata, en fonction de la longueur de la lettre, et facturées au taux d'une demi-page ou d'une pleine page.

Une lettre détaillée écrite ou manuscrite d'un spécialiste, adressée à la WCB ou au fournisseur de soins de santé orienteur, en réponse à un aiguillage vers le spécialiste. Les marges de gauche et de droite ne doivent pas dépasser un pouce. L'en-tête ne doit pas dépasser trois pouces et la taille de la police du texte ne doit pas dépasser 12 points, simple interligne.

NP.11 Taux fixe.

NP.12 Visites spéciales effectuées au domicile du patient. Ces frais sont facturables par patient, par visite.

NP.13 Les frais indiqués constituent un taux horaire et seront payés par incréments de 10 minutes. Facturable pour les communications téléphoniques avec la WCB concernant une réclamation à la WCB. La communication doit être initiée par la WCB ou, avec l'approbation préalable de la WCB, par

l'infirmière praticienne qui émet la facture. Les communications peuvent comprendre le rappel de l'auteur d'un appel manqué. Facturable pour chaque période pleine de 10 minutes et chaque période additionnelle de 10 minutes ou toute période additionnelle importante. Une période additionnelle importante doit être d'une durée supérieure à la moitié de 10 minutes, soit plus de 5 minutes.

Renseignements additionnels

Pour les services qui ne sont pas inclus dans la liste ci-dessus, la WCB verse des paiements conformes au Guide des médecins du Manitoba, correspondant aux honoraires d'un omnipraticien.

Ergothérapie

Code de service	Description	Barème des frais (1er janvier 2026)	Barème des frais (1er janvier 2025)	Remarques
0241	Visite initiale	88,19 $	86,30 $	OT.1
0211	Visite initiale, rééducation de la main	124,88 $	122,19 $	OT.1, OT.2
0240	Visite de suivi	67,22 $	65,77 $	OT.3
0212	Visite de suivi, rééducation de la main	101,55 $	99,37 $	OT.2
0168	Frais de fournitures d'acupuncture	19,68 $	19,26 $	OT.4
0206	Frais de rapport initial	48,23 $	47,19 $	OT.1, OT.5
0207	Frais de rapport sur l'évolution/la fin de la prise en charge du patient	48,23 $	47,19 $	OT.6
3012	Frais de rapport détaillé	153,79 $	150,48 $	OT.7
8116	Demande de traitement additionnel	48,23 $	47,19 $	OT.8
0052	Frais de photocopie (jusqu'aux cinq premières pages)	18,61 $	18,21 $	OT.9
0053	Frais de photocopie (plus de cinq pages)	3,72 $	3,64 $	OT.10
S.O.	Postes divers	Selon la facturation	Selon la facturation	OT.11
0097	Consultation téléphonique avec la WCB	224,09 $	219,26 $	OT.12

Remarques

OT.1 Une dépense « garantie » qui sera payée, même si la réclamation est acceptée, refusée ou non jugée.

OT.2 La rééducation de la main peut être autorisée par la WCB si l'un des états de santé suivants s'applique au travailleur blessé :

- Brûlures : débridement de plaies
- Fractures complexes (c.-à-d. des blessures d'écrasement)
- Chirurgie du coude
- Coude; après le remplacement de la tête du radius suivant le relâchement de la coque fibreuse
- Arthroplastie de l'articulation du doigt
- Capsulotomie de l'articulation du doigt
- Réparation du ligament latéral de l'articulation du doigt
- Réparation nerveuse; transferts incluant le plexus brachial
- Transfert nerveux
- Physiothérapie après une chirurgie de la main
- Réimplantation, greffe, regreffage
- Réparation de tendons
- Arthrodèse du poignet
- Poignet; réparation de ligaments

Si l'état de santé d'un travailleur blessé ne se classe pas dans la liste ci-dessus, mais que le travailleur blessé pouvait bénéficier de la rééducation de la main, l'ergothérapeute doit en informer la WCB dans le rapport initial, le rapport sur l'évolution du patient ou le rapport sur la fin de la prise en charge du patient pour un examen plus approfondi.

Les chirurgies et les états de santé suivants ne nécessitent pas de rééducation de la main spécialisée et peuvent être traités dans le cadre de la visite initiale ou des visites ultérieures en ergothérapie :

- Entorses et foulures
- Fractures simples

- Libération du nerf médian au niveau du canal carpien
- Libération du doigt à ressort

OT.3 La WCB n'effectuera aucun paiement pour les visites de suivi dans le cadre de réclamations rejetées.

OT.4 Les frais de fournitures d'acupuncture (code de service 0165) lors de la visite initiale en ergothérapie (code de service 0241) ou lors de la visite de suivi (code de service 0240) peuvent être facturés le même jour.

OT.5 Facturable si un rapport initial rempli (formulaire de la WCB) est soumis.

OT.6 Un rapport sur l'évolution du patient ou un autre rapport ultérieur n'est pas requis pour chaque visite ultérieure ou de suivi. Il faut soumettre un rapport sur l'évolution du patient à la demande de la WCB ou lorsqu'il y a un changement notable à la guérison du travailleur.

Facturable si un rapport sur l'évolution du patient rempli (formulaire de la WCB) est soumis.

OT.7 Frais par page. La première page sera facturée comme page pleine; toutes les pages subséquentes seront calculées au prorata, en fonction de la longueur de la lettre, et facturées au taux d'une demi-page ou d'une pleine page.

Une lettre détaillée écrite ou manuscrite de l'ergothérapeute, adressée à la WCB, en réponse à une demande de rapport détaillé de la part de la WCB. Les marges de gauche et de droite ne doivent pas dépasser un pouce. L'en-tête ne doit pas dépasser trois pouces et la taille de la police du texte ne doit pas dépasser 12 points, simple interligne.

OT.8 Ne doit pas être combiné aux frais de rapport sur l'évolution/la fin de la prise en charge du patient

OT.9 Frais administratifs pour imprimer ou photocopier les résultats d'examen, les notes au dossier, l'imagerie diagnostique, etc. à la demande de la WCB.

OT.10 Frais pour chaque page additionnelle au-delà de cinq pages

OT.11 Frais pour postes divers (c.-à-d. les fournitures médicales). Une description de l'article est requise pour la facturation. Ces articles sont exemptés de la TPS.

Une fois la thérapie approuvée, la clinique peut facturer la WCB et recevoir le paiement sans une approbation additionnelle pour l'approvisionnement d'une seule quantité des articles suivants, jusqu'à un maximum de 50 $:

- Balles et ballons (p. ex., ballons d'exercice, balles de massage, balles de tennis, etc.)
- Bandes (p. ex., bandes de résistance, bandes REP, etc.)
- Pansements (p. ex., sparadraps, gazes, ouates stériles)
- Pâte à modeler et tubulure
- Compresses chaudes et froides (p. ex., pochettes réfrigérantes, coussins chauffants, vessies de glace)
- Vaporisateurs analgésiques
- Bandages
- Bandages de contention

Si les articles ci-dessus sont requis plus d'une fois, il faut obtenir l'approbation de la WCB.

Si les postes divers ne sont pas indiqués dans la liste ci-dessous, il faut obtenir l'approbation de la WCB.

OT.12 Les frais indiqués constituent un taux horaire et seront payés par incréments de cinq minutes. Facturable pour les communications téléphoniques avec la WCB concernant une réclamation à la WCB. La communication doit être initiée par la WCB ou, avec l'approbation préalable de la WCB, par l'ergothérapeute qui émet la facture. Les communications peuvent comprendre le rappel de l'auteur d'un appel manqué. Facturable pour chaque période pleine de cinq minutes et chaque période additionnelle de cinq minutes ou toute période additionnelle importante. Une période additionnelle importante doit être d'une durée supérieure à la moitié de cinq minutes, soit plus de deux minutes et demie.

Optométristes

Code de service ou d'honoraires	Description	Barème des frais	Remarques
8545	Examen complet des yeux	Voir la remarque	**OP.1**
8546	Examen partiel des yeux	Voir la remarque	**OP.1**
9724	Examen du champ visuel complet	Voir la remarque	**OP.1**
9726	Tonométrie	Voir la remarque	**OP.1**
9728	Examen du fond d'œil sous mydriatique	Voir la remarque	**OP.1**
8556	Consultation, y compris la réfraction oculaire et d'autres examens nécessaires	Voir la remarque	**OP.1**, **OP.2**
0003	Frais de fournitures médicales	Voir la remarque	**OP.1**
3024	Premier rapport du médecin	Voir la remarque	**OP.1**
3025	Rapport du médecin sur l'évolution du patient	Voir la remarque	**OP.1**
3026	Rapport détaillé	Voir la remarque	**OP.1**

Remarques

OP.1 Les factures seront passées en revue pour confirmer les frais raisonnables.

OP.2 Ne comprend pas les consultations au téléphone ou au bureau entreprises par le patient.

Renseignements additionnels

Les services prodigués par un optométriste exigent une approbation préalable de la WCB.

Les optométristes dans la région du Nord ont droit à une indemnité du nord pour les codes de service ou d'honoraires 8545, 8546, 9724, 9726 et 9728.

Workers Compensation Board of Manitoba

Médecins

Code de service	Description	Barème des frais (1er janvier 2026)	Barème des frais (1er février 2025)	Barème des frais (1er janvier 2025)	Remarques
8462	Prime pour l'âge (65 à 69 ans)	10 %	10 %	10 %	P.1
8463	Prime pour l'âge (70 ans et plus)	20 %	20 %	20 %	P.1
5515	Prime pour soins hospitaliers	15 %	15 %	15 %	P.2
3024	Frais de rapport initial	75,61 $	73,41 $	73,41 $	P.3, P.4
8114	Frais de rapport initial – Gestion des opioïdes	107,01 $	103,89 $	103,89 $	P.4, P.5
3025	Frais de rapport sur l'évolution/la fin de la prise en charge du patient	65,01 $	63,12 $	63,12 $	P.3, P.6
8115	Frais de rapport sur l'évolution – Gestion des opioïdes	65,01 $	63,12 $	63,12 $	P.5
5562	Frais administratifs pour visite de suivi	17,53 $	17,02 $	17,02 $	P.7
3026	Rapport détaillé	174,63 $	169,54 $	169,54 $	P.8
0015	Frais de photocopie (jusqu'aux cinq premières pages)	19,67 $	19,10 $	19,10 $	P.9
0016	Frais de photocopie (plus de cinq pages)	3,93 $	3,82 $	3,82 $	P.10
0017	Frais de préparation d'une note au dossier	86,77 $	84,24 $	84,24 $	P.11
3022	Frais administratifs pour la gestion de la douleur	174,63 $	169,54 $	169,54 $	P.12
0018	Frais de consultation en personne	343,64 $	333,63 $	333,63 $	P.13
3010	Consultation téléphonique avec la WCB	86,77 $	84,24 $	84,24 $	P.14

5559	Frais administratifs pour chirurgie (de 100 à 300 $)	174,63 $	169,54 $	169,54 $	**P.15**
5560	Frais administratifs pour chirurgie (plus de 300 $)	349,14 $	338,97 $	338,97 $	**P.16**
0025	Frais administratifs pour assistant(e) chirurgical(e) – Chirurgie non urgente	162,90 $	158,16 $	158,16 $	**P.17**
0056	Consultation urgente d'un(e) spécialiste qui a lieu 15 jours ouvrables ou moins après l'aiguillage	309,00 $	300,00 $	s.o.	**P.18**
0057	Consultation urgente d'un(e) spécialiste qui a lieu entre 16 et 30 jours ouvrables après l'aiguillage	257,50 $	250,00 $	s.o.	**P.18**
0049	Intervention chirurgicale d'urgence – Anesthésiste principal(e)	463,50 $	450,00 $	s.o.	**P.19**
0051	Multiplicateur pour une intervention chirurgicale d'urgence – Chirurgien(ne) principal(e)	Multiplicateur	Multiplicateur	s.o.	**P.20**

Remarques

P.1 Les codes de service 8462 et 8463, le cas échéant, peuvent être facturés avec les codes d'honoraires 8540, 8529, 8442, 8321, 8640 et 8350 de Santé Manitoba, à titre de pourcentage de ceux-ci.

P.2 Le code de service 5515 peut être facturé en plus des codes d'honoraires de Santé Manitoba suivants, lorsque les services sont prodigués aux patients hospitalisés à l'hôpital ou au service d'urgence :

8409	8452	8477	8512	8551	8614	8622	8645	8662	8704
8410	8466	8490	8526	8554	8615	8623	8646	8663	8706
8411	8467	8504	8536	8596	8617	8624	8647	8664	8707
8413	8468	8508	8544	8599	8620	8625	8660	8667	8708

P.3 Facturable si l'un des critères suivants est respecté :

- Un rapport initial/sur l'évolution/sur la fin de la prise en charge du patient rempli (formulaire de la WCB)
- Un rapport initial/sur l'évolution/sur la fin de la prise en charge du patient incomplet avec, en pièce jointe, le dossier du patient ou les notes cliniques de la visite avec le patient (le dossier ou les notes cliniques doivent contenir de l'information similaire à celle demandée dans le rapport initial)
- Fiche sommaire sur le patient externe générée par un établissement de soins de santé

Les codes de service 0015 et 0016, le cas échéant, peuvent être facturés dans le cadre d'un rapport initial, sur l'évolution du patient ou sur la fin de la prise en charge du patient (codes 3024 et 3025) lorsque le rapport est accompagné d'une copie des résultats d'examen, de l'imagerie diagnostique, etc. Le code de service 0017 ne peut pas être facturé dans le cadre d'un rapport initial, sur l'évolution du patient ou sur la fin de la prise en charge du patient.

P.4 Une dépense « garantie » qui sera payée, même si la réclamation est acceptée, refusée ou non jugée.

P.5 Facturable quand un rapport initial sur la gestion des opioïdes ou un rapport sur l'évolution de la gestion des opioïdes est soumis.

P.6 Un rapport sur l'évolution du patient ou un autre rapport ultérieur n'est pas requis pour chaque visite ultérieure ou de suivi. Il faut soumettre un rapport sur l'évolution du patient à la demande de la WCB ou lorsqu'il y a un changement notable à la guérison du travailleur.

P.7 La WCB paiera aux médecins des frais administratifs pour une deuxième visite et des visites ultérieures en l'absence d'un rapport sur l'évolution/la fin de la prise en charge du patient rempli par le médecin ou d'un rapport d'évolution sur la gestion des opioïdes pour la visite.

P.8 Frais par page. La première page sera facturée comme page pleine; toutes les pages subséquentes seront calculées au prorata, en fonction de la longueur de la lettre, et facturées au taux d'une demi-page ou d'une pleine page.

Une lettre détaillée écrite ou manuscrite d'un spécialiste, adressée à la WCB ou au fournisseur de soins de santé orienteur, en réponse à un aiguillage vers le spécialiste. Les marges de gauche et de droite ne doivent pas dépasser un pouce. L'en-tête ne doit pas dépasser trois pouces et la taille de la police du texte ne doit pas dépasser 12 points, simple interligne.

Les codes de service 0015 et 0016, le cas échéant, peuvent être facturés dans le cadre d'un rapport détaillé (code de service 3026) lorsque le rapport est accompagné d'une copie des résultats d'examen, de l'imagerie diagnostique, etc. Le code de service 0017 ne peut pas être facturé lors de la facturation d'un rapport détaillé.

P.9 Frais administratifs pour imprimer ou photocopier les résultats d'examen, les notes au dossier, l'imagerie diagnostique, etc. à la demande de la WCB. Si le médecin qui émet la facture doit être impliqué, le code de service 0017 est aussi facturable.

P.10 Frais pour chaque page additionnelle au-delà de cinq pages.

P.11 Facturable quand le médecin doit consacrer du temps à la production de notes au dossier à la demande de la WCB. Ces frais doivent être facturés avec le code 0015 et, s'il y a lieu, le code 0016. Le temps admissible du médecin comprend, entre autres, le temps nécessaire pour rassembler, produire, passer en revue, rédiger et résumer les renseignements médicaux pertinents pour la réclamation à la WCB. Facturable pour chaque période pleine de 15 minutes et chaque période additionnelle de 15 minutes ou toute période additionnelle importante. Une période additionnelle importante doit être d'une durée supérieure à la moitié de 15 minutes, soit plus de 7,5 minutes.

P.12 Frais administratifs à verser à un médecin qualifié qui effectue des injections ou assure des services chirurgicaux à un requérant à la WCB pour la gestion de la douleur.

P.13 Facturable pour les rencontres en personne avec des représentants de la WCB, à la demande de la WCB. Il faut facturer au moins une heure. Il est possible de facturer le temps de préparation et de déplacement direct. Un médecin peut facturer un taux horaire différent s'il en a été convenu ainsi par les deux parties avant la rencontre avec la WCB.

P.14 Facturable pour les communications téléphoniques avec la WCB concernant une réclamation à la WCB. La communication doit être initiée par la WCB ou, avec l'approbation préalable de la WCB, par le médecin qui émet la facture. Les communications peuvent comprendre le rappel de l'auteur d'un appel manqué. Facturable pour chaque période pleine de 15 minutes et chaque période additionnelle de quinze minutes ou toute période additionnelle importante. Une période additionnelle importante doit être d'une durée supérieure à la moitié de 15 minutes, soit plus de 7,5 minutes.

P.15 Les frais pour services chirurgicaux doivent être approuvés par la WCB ou les services doivent avoir été prodigués dans une situation d'urgence. Lorsque le coût total des procédures chirurgicales dans le Guide des médecins du Manitoba est supérieur à 100,00 $, mais inférieur à 300,00 $, les chirurgiens et les anesthésistes (y compris les omnipraticiens) impliqués dans le traitement obtiendront le paiement de frais administratifs additionnels.

Le chirurgien principal ou la chirurgienne principale ou l'anesthésiste ne doit pas facturer de frais administratifs pour une intervention chirurgicale d'urgence en plus des frais administratifs pour une intervention chirurgicale non urgente.

P.16 Les frais pour services chirurgicaux doivent être approuvés par la WCB ou les services doivent avoir été prodigués dans une situation d'urgence. Lorsque le coût total des procédures chirurgicales dans le Guide des médecins du Manitoba est supérieur à 300,00 $, les chirurgiens et les anesthésistes (y compris les omnipraticiens) impliqués dans le traitement obtiendront le paiement de frais administratifs additionnels.

Si les procédures sont administrées au même requérant à la WCB dans un intervalle de plus de 90 jours, une demande de frais administratifs additionnels peut être facturée. Tous les rapports chirurgicaux doivent être reçus dans les trois semaines suivant la chirurgie pour obtenir le paiement des frais administratifs. La WCB pourrait examiner les rapports reçus au-delà de cette date, au cas par cas.

Le chirurgien principal ou la chirurgienne principale ou l'anesthésiste ne doit pas facturer de frais administratifs pour une intervention chirurgicale d'urgence en plus des frais administratifs pour une intervention chirurgicale non urgente.

P.17 Les frais pour services chirurgicaux doivent être approuvés par la WCB ou les services doivent avoir été prodigués dans une situation d'urgence. Facturable en plus des services de l'assistant(e) chirurgical(e) détaillés dans le manuel des médecins du Manitoba**.**

P.18 Facturable seulement lorsque la WCB émet une demande de service urgent.

Le délai pour les consultations d'urgence par le chirurgien principal ou la chirurgienne principale est calculé à partir de la date à laquelle la demande est émise par la WCB. Le délai pour les consultations d'urgence par l'anesthésiste principal(e) est calculé à partir de la date à laquelle le chirurgien principal

ou la chirurgienne principale consulte l'anesthésiste. À noter que les anesthésistes ne peuvent réclamer les services de consultation d'urgence que pour les cas où la WCB a exigé une consultation d'urgence du chirurgien ou de la chirurgienne.

P.19 L'anesthésiste ne doit pas facturer de frais pour une intervention chirurgicale d'urgence en plus des frais pour une intervention chirurgicale non urgente. Le chirurgien ou la chirurgienne doit avoir obtenu l'approbation de la WCB pour les interventions chirurgicales d'urgence de la WCB.

Dans les situations où une consultation en anesthésie (8550 ou 8516) est requise avant une intervention chirurgicale d'urgence demandée par la WCB et que la consultation de l'anesthésiste est effectuée rapidement pour permettre les interventions chirurgicales dans le délai de trente (30) jours ouvrables, l'anesthésiste réclamera le code de consultation d'urgence pour une consultation en anesthésie urgente.

Le code de service 0056 ou 0057 peut être facturé en plus du code de service 8550 et 8516 (consultation en anesthésie) de Santé Manitoba, mais **ne peut pas** être facturé avec le code 8515 (évaluation en anesthésie).

Exemple de facturation

Code d'honoraires de Santé Manitoba /Code de service de la WCB	Description	Qté (p. ex., unités, jours, qté)	Montant
Santé MB 8550	Consultation en raison de conditions médicales *(72 unités)*	1	162,50 $
WCB 0057	Consultation urgente avec un(e) spécialiste dans les 16 à 30 jours ouvrables	1	250,00 $
Santé MB 5311	Blocage nerveux, plexus brachial *(40 unités)*	1	90,28 $
Santé MB 1640*	Réparation sous anesthésie, tendon du biceps, rompu par une insertion au coude *(20,000 x 8 unités x 2,257 $)*	1	361,12 $
WCB 0049	Intervention chirurgicale d'urgence – Anesthésie	1	450,00 $
	Total		**1 313,90 $**

*Intervention en fonction du temps, le nombre d'unités variera

P.20 Le chirurgien principal ou la chirurgienne principale doit facturer à la WCB les honoraires approuvés et appliquer un multiplicateur de façon à ce que le montant total de l'intervention chirurgicale représente 3x les frais d'honoraires indiqués dans le manuel des médecins du Manitoba lorsque les services chirurgicaux approuvés par la WCB sont fournis :

- Dans les trente (30) jours ouvrables suivant la consultation d'urgence en chirurgie, ou
- Dans les trente (30) jours ouvrables suivant la journée où la décision de procéder à la chirurgie est prise.

Le multiplicateur est seulement appliqué aux frais d'honoraires du manuel des médecins du Manitoba qui ont été préapprouvés par la WCB. Le multiplicateur ne peut pas être appliqué aux codes de service de la WCB.

Le multiplicateur ne s'applique pas aux frais facturés par les assistants chirurgicaux.

Le chirurgien principal ou la chirurgienne principale ou l'anesthésiste ne doit pas facturer de frais administratifs pour une intervention chirurgicale d'urgence en plus des frais administratifs pour une intervention chirurgicale non urgente.

Exemple de facturation

Code d'honoraires de Santé MB/ Code de service de la WCB	Description	Qté	Montant
Code d'honoraires de Santé MB 1037	Réparation de la coiffe des rotateurs	1	551,57 $
Code d'honoraires de Santé MB 1029	Décompression sous-acromiale	1	340,10 $
Total des honoraires de Santé MB approuvés par la WCB avant le multiplicateur	**Sous-total (x 1)**		**891,67 $**
Code de service de la WCB 0051	Multiplicateur pour urgence (sous-total x2)		1 783,34 $
	Total pour l'intervention chirurgicale (x 3)		**2 675,01 $**
Code de service de la WCB 0015	Frais de photocopie (jusqu'aux cinq premières pages)	1	19,10 $
	Montant total de la facture		**2 694,11 $**

Physiothérapie

Code de service	Description	Barème des frais (1er janvier 2026)	Barème des frais (1er janvier 2025)	Remarques
0176	Visite initiale	100,97 $	86,30 $	PT.1
0136	Visite initiale, rééducation de la main	142,96 $	122,19 $	PT.1, PT.2
3074	Visite initiale, Nord du Manitoba	102,43 $	87,55 $	PT.1, PT.3
0177	Visite de suivi	85,01 $	65,77 $	PT.4, PT.5
0137	Visite de suivi, rééducation de la main	128,43 $	99,37 $	PT.2, PT.4
3082	Visite de suivi, nord du Manitoba	86,63 $	67,03 $	PT.3, PT.4, PT.5
0165	Frais de traitement d'acupuncture	24,89 $	19,26 $	PT.4, PT.6
0179	Visite multisite	61,94 $	47,93 $	PT.7
3029	Frais de rapport initial	48,23 $	47,19 $	PT.1
0203	Frais de rapport sur l'évolution/la fin de la prise en charge du patient	48,23 $	47,19 $	PT.8
8116	Demande de traitement additionnel	48,23 $	47,19 $	PT.9
3047	Évaluation des capacités fonctionnelles (ECF)	Voir la remarque	Voir la remarque	PT.10
3012	Frais de rapport détaillé	153,79 $	150,48 $	PT.11
0052	Frais de photocopie (jusqu'aux cinq premières pages)	18,61 $	18,21 $	PT.12
0053	Frais de photocopie (plus de cinq pages)	3,72 $	3,64 $	PT.13
S.O.	Postes divers	Selon la facturation	Selon la facturation	PT.14
0064	Consultation téléphonique avec la WCB	224,09 $	219,26 $	PT.15

Remarques

PT.1 Une dépense « garantie » qui sera payée, même si la réclamation est acceptée, refusée ou non jugée.

PT.2 La rééducation de la main peut être autorisée par la WCB si l'un des états de santé suivants s'applique au travailleur blessé :

- Brûlures : débridement de plaies
- Chirurgie complexe du coude
- Fractures complexes (c.-à-d. des blessures d'écrasement)
- Réparation complexe des tendons et ligaments du poignet et de la main
- Coude; après le remplacement de la tête du radius suivant le relâchement de la coque fibreuse
- Arthroplastie de l'articulation du doigt
- Capsulotomie de l'articulation du doigt
- Réparation du ligament latéral de l'articulation du doigt
- Réparation nerveuse; transferts incluant le plexus brachial
- Transfert nerveux
- Physiothérapie après une chirurgie de la main
- Réimplantation, greffe, regreffage
- Arthrodèse du poignet
- Poignet; réparation de ligaments

Si l'état de santé d'un travailleur blessé ne se trouve pas dans la liste ci-dessus, mais que le travailleur blessé pouvait bénéficier de la rééducation de la main, le physiothérapeute doit en informer la WCB dans le rapport initial, le rapport sur l'évolution du patient ou le rapport sur la fin de la prise en charge du patient pour un examen plus approfondi.

Les chirurgies et les états de santé suivants ne nécessitent pas de rééducation de la main spécialisée et peuvent être traités dans le cadre de la visite initiale ou des visites ultérieures en physiothérapie :

- Entorses et foulures
- Fractures simples

- Libération du nerf médian au niveau du canal carpien
- Libération du doigt à ressort

PT.3 Toute clinique de physiothérapie située au nord de Swan River reçoit une indemnité de localité fondée sur les codes de services pour les cliniques du Nord.

PT.4 Jusqu'à 18 visites de suivi ou traitements d'acupuncture peuvent être fournis sous une réclamation approuvée avant qu'une prolongation soit requise.

PT.5 Si le fournisseur de services facture un traitement ultérieur alors que la réclamation est refusée, le traitement ne sera pas payé.

PT.6 Les frais de traitement d'acupuncture (code de service 0165) lors de la visite initiale en physiothérapie (code de service 0176) ou lors de la visite de suivi (code de service 0177) peuvent être facturés le même jour.

PT.7 Les visites multisites doivent être approuvées au préalable**.**

PT.8 Un rapport sur l'évolution du patient ou un autre rapport ultérieur n'est pas requis pour chaque visite ultérieure ou de suivi. Il faut soumettre un rapport sur l'évolution du patient à la demande de la WCB ou lorsqu'il y a un changement notable à la guérison du travailleur.

Facturable si un rapport sur l'évolution du patient rempli (formulaire de la WCB) est soumis.

PT.9 Ne doit pas être combiné aux frais de rapport sur l'évolution/la fin de la prise en charge du patient.

PT.10 Le consultant en physiothérapie de la WCB doit entreprendre la demande d'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF). Le consultant en physiothérapie de la WCB indiquera au thérapeute le montant qu'il peut facturer à la WCB.

PT.11 Frais par page. La première page sera facturée comme page pleine; toutes les pages subséquentes seront calculées au prorata, en fonction de la longueur de la lettre, et facturées au taux d'une demi-page ou d'une pleine page.

Une lettre détaillée écrite ou manuscrite du physiothérapeute, adressée à la WCB, en réponse à une demande de rapport détaillé de la part de la WCB. Les marges de gauche et de droite ne doivent pas dépasser un pouce. L'en-tête ne doit pas dépasser trois pouces et la taille de la police du texte ne doit pas dépasser 12 points, simple interligne.

PT.12 Les frais administratifs pour imprimer ou photocopier les résultats d'examen, les notes au dossier, l'imagerie diagnostique, etc. à la demande de la WCB.

PT.13 Frais pour chaque page additionnelle au-delà de cinq pages.

PT.14 Frais pour postes divers (c.-à-d. les fournitures médicales). Une description de l'article est requise pour la facturation. Exempt de TPS.

Une fois la thérapie approuvée, la clinique peut facturer la WCB et recevoir le paiement sans une approbation additionnelle pour l'approvisionnement d'une seule quantité des articles suivants, jusqu'à un maximum de 50 $:

- Balles et ballons (p. ex., ballons d'exercice, balles de massage, balles de tennis, etc.)
- Bandes (p. ex., bandes de résistance, bandes REP, etc.)
- Pansements (p. ex., sparadraps, gazes, ouates stériles)
- Pâte à modeler et tubulure
- Compresses chaudes et froides (p. ex., pochettes réfrigérantes, coussins chauffants, vessies de glace)
- Vaporisateurs analgésiques
- Bandages
- Bandages de contention

Si les articles ci-dessus sont requis plus d'une fois, il faut obtenir l'approbation de la WCB.

Si les postes divers ne sont pas indiqués dans la liste ci-dessous, il faut obtenir l'approbation de la WCB.

PT.15 Le montant indiqué constitue un taux horaire et sera payé par incréments de cinq minutes. Facturable pour les communications téléphoniques avec la WCB concernant une réclamation à la WCB. La communication doit être entreprise par la WCB ou, avec l'approbation préalable de la WCB, par le physiothérapeute qui émet la facture. Les communications peuvent comprendre le rappel de l'auteur d'un appel manqué. Facturable pour chaque période pleine de cinq minutes et chaque période additionnelle de cinq minutes ou toute période additionnelle importante. Une période additionnelle importante doit être d'une durée supérieure à la moitié de cinq minutes, soit plus de deux minutes et demie.

Psychologie

Code de service	Description	Barème des frais	Remarques
3027	Services psychologiques	Voir la remarque	PS.1
3026	Rapport détaillé	Voir la remarque	PS.1
0167	Consultation téléphonique avec la WCB	Voir la remarque	PS.1, PS.2

Remarques

PS.1 La facture sera passée en revue pour confirmer les frais raisonnables.

PS.2 Facturable pour les communications téléphoniques avec la WCB concernant une réclamation à la WCB. La communication doit être initiée par la WCB ou, avec l'approbation préalable de la WCB, par le psychiatre/psychologue qui émet la facture. Les communications peuvent comprendre le rappel de l'auteur d'un appel manqué. Facturable pour chaque période pleine de 10 minutes et chaque période additionnelle de 10 minutes ou toute période additionnelle importante. Une période additionnelle importante doit être d'une durée supérieure à la moitié de 10 minutes, soit plus de 5 minutes.

Renseignements additionnels

Un traitement psychologique ou des séances de counseling doivent être approuvés au préalable par la WCB.