

# GUIDE ADMINISTRATIF



## À l'intention des établissements de santé du réseau de la santé et des services sociaux du Québec



Relatif au *Compte de l'établissement de santé public*



Parce que le Québec a besoin  
de tous ses travailleurs

[csst.qc.ca](http://csst.qc.ca)



Ce document est réalisé par la Direction de l'indemnisation et de la réadaptation en collaboration avec la Direction des communications et des relations publiques.

**Préresse et impression :**

Service approvisionnement, arts graphiques et impressions  
Direction des ressources matérielles – CSST

---

Reproduction autorisée avec mention de la source

© Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, 2015

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN 978-2-550-71036-3 (PDF)

Août 2015

Pour obtenir l'information la plus à jour,  
consultez notre site Web à [csst.qc.ca/etablissementdesante](http://csst.qc.ca/etablissementdesante).

# TABLE DES MATIÈRES

|  | <b>Page</b> |
|--|-------------|
| <b>1. Avant-propos</b>   | <b>4</b>    |
| <b>1.1. Clientèle visée</b>  | <b>4</b>    |
| Établissements de santé publics  | 4           |
| Établissements de santé privés conventionnés   | 4           |
| <b>1.2. Objet du guide</b>   | <b>4</b>    |
| <b>1.3. Assises légales</b>  | <b>5</b>    |
| <b>2. Lexique</b>  | <b>6</b>    |
| Soins d'urgence (code 01)  | 6           |
| Chirurgie mineure sans salle d'opération (code 06)                                       | 6           |
| Chirurgie mineure en salle d'opération [sans soins infirmiers de jour] (code 07)         | 6           |
| Chirurgie d'un jour (code 08)  | 7           |
| <b>3. Facturation à la CSST</b>  | <b>8</b>    |
| <b>3.1. Principes de base</b>  | <b>8</b>    |
| Données obligatoires   | 8           |
| Codification   | 8           |
| Tarification   | 9           |
| Catégories de soins, de traitements et de services                                       | 9           |
| « Rappel de compte » et « Demande de correction »  | 9           |
| Délai de facturation   | 10          |
| Taxes  | 10          |
| <b>3.2. Comment remplir le formulaire Compte de l'établissement de santé public</b>      | <b>11</b>   |
| Formulaire Compte de l'établissement de santé public                                     | 11          |
| N° (Numéro de formulaire)  | 12          |
| Section A : Renseignements sur l'établissement de santé qui transmet le compte à la CSST | 12          |
| Section B : Renseignements sur l'installation de santé où le service a été rendu         | 13          |
| Section C : Renseignements sur le travailleur  | 13          |
| Section D : Renseignements sur l'employeur   | 14          |
| Section E : Médecin qui a charge du travailleur dans l'établissement de santé            | 14          |
| Section F : Diagnostic   | 15          |
| Section G : Hospitalisation  | 15          |
| Section H : Services externes  | 18          |
| Section I : Frais administratifs   | 21          |
| Nom et numéro de téléphone du responsable autorisé de l'établissement de santé           | 22          |
| Date de facturation des services   | 22          |
| Total du compte  | 22          |
| <b>4. Envoi du formulaire <i>Compte de l'établissement de santé public</i></b>           | <b>23</b>   |
| <b>4.1. Envoi du formulaire papier</b>   | <b>23</b>   |
| <b>4.2. Envoi électronique</b>   | <b>23</b>   |
| Inscription  | 23          |
| Cahier des charges et certification  | 23          |
| <b>4.3. Délai de facturation</b>   | <b>24</b>   |
| <b>5. Pour joindre la CSST</b>   | <b>25</b>   |
| <b>6. Annexe : Aide-mémoire</b>  | <b>26</b>   |

# 1. AVANT-PROPOS

## 1.1. Clientèle visée

### ■ Établissements de santé publics

Le présent guide est destiné aux établissements de santé du réseau de la santé et des services sociaux du Québec qui facturent à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) des soins, des traitements et des services fournis aux travailleurs qui ont subi une lésion professionnelle (accident du travail ou maladie professionnelle).

Ces établissements sont habituellement les centres hospitaliers (CH), les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et les centres de réadaptation (CR).

#### À NOTER:

##### Physiothérapie et ergothérapie

Pour la facturation des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, veuillez utiliser le formulaire *Rapport d'étape en physiothérapie ou en ergothérapie* ainsi que le formulaire *Rapport initial et rapport de fin d'intervention en physiothérapie ou en ergothérapie*.

##### Services spécialisés et surspécialisés de réadaptation

Pour la facturation des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation, pour les clientèles traumatisées crânio-cérébrales (TCC), blessées médullaires (BM), blessées orthopédiques graves (BOG) et victimes de brûlures graves (VBG), veuillez utiliser le formulaire *Facturation des services de réadaptation (Entente MSSS-SAAQ)* et vous référer à l'entente MSSS-CSST [\(03.01.42.06\)](#) pour la tarification et à son annexe VIII pour la liste exhaustive des activités cliniques directes et indirectes.

### ■ Établissements de santé privés conventionnés

Le guide s'adresse aussi aux établissements privés conventionnés.  
Exemple : CHSLD privé conventionné.

## 1.2. Objet du guide

Ce guide a pour objet d'aider les établissements de santé du réseau de la santé et des services sociaux du Québec à remplir le formulaire *Compte de l'établissement de santé public* afin que la facturation des soins, des traitements et des services soit conforme à l'*Entente type entre le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et la CSST relative aux soins et aux traitements fournis par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (entente type MSSS-CSST [\(03.01.42.06\)](#)). Cette entente précise, en particulier, les montants que la CSST convient de payer aux établissements qui fournissent les soins, les traitements et les services en question.

### 1.3. Assises légales

Les assises légales du guide sont l'entente type MSSS-CSST, la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (articles 189 [2°], 195, 208, 229) et la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 19).

La CSST rembourse les montants convenus pour les soins, les traitements et les services fournis à un travailleur qui a subi une lésion professionnelle à la condition que la facturation se fasse dans le délai prévu ([voir section 4.3.](#)).

## 2. LEXIQUE

Vous trouverez les principales définitions et descriptions dans les circulaires du MSSS, soit les annexes de la [Circulaire sur les tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durées ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation \(03.01.42.19\)](#) et les annexes de la [Circulaire sur les valeurs unitaires \(03.04.01.01\)](#). Le [Manuel de gestion financière](#), accessible sur le site Web du MSSS, peut aider à comprendre la nature du service à facturer ou à déterminer si ce service est couvert ou non : par exemple, le code 05, c'est-à-dire l'unité de médecine de jour, correspond au centre d'activité 7090 du manuel. Voici quelques-uns de ces services :

### ■ Services ambulatoires

Ils comprennent les codes 01 à 08. Lorsque deux services ambulatoires ou plus sont offerts le même jour dans le même hôpital, un seul service peut être facturé par l'hôpital (le service ayant le taux le plus élevé). Toutefois, un service ambulatoire peut être facturé en plus d'un service diagnostic, à l'exception de la chirurgie d'un jour.

### ■ Soins d'urgence (code 01)

Les services d'urgence offrent des services médicaux continus où l'on trouve les ressources diagnostiques et thérapeutiques pour stabiliser ou prendre en charge certaines affections plus complexes que celles traitées au niveau des services médicaux de première ligne. N'est pas un soin d'urgence, une visite aux consultations externes spécialisées ou une visite de contrôle, peu importe où elle a lieu, ou même qu'elle se tienne dans les locaux affectés à l'urgence.

NOTE : Si un patient doit demeurer plusieurs jours d'affilée dans le service des urgences, l'établissement de santé facture un seul soin d'urgence pour toute la durée de son séjour dans ce service."

### ■ Chirurgie mineure sans salle d'opération (code 06)

Tout acte chirurgical qui ne nécessite pas d'être effectué en milieu stérile et qui est réalisé ailleurs qu'en salle d'opération. L'usager requiert peu ou pas de surveillance professionnelle et il peut quitter l'établissement peu après l'intervention.

#### Informations complémentaires

Les **procédures endoscopiques** (ex.: bronchoscopie, colonoscopie) sont considérées comme des **chirurgies mineures** habituellement réalisées ailleurs qu'en salle d'opération.

Les blocs facettaires, nerveux, stellaires ou veineux sont considérés comme des **chirurgies mineures**.

On détermine le type de chirurgie mineure, ainsi que le montant à facturer, en fonction du lieu où elle a été effectivement réalisée (en salle ou sans salle).

### ■ Chirurgie mineure en salle d'opération (sans soins infirmiers de jour) (code 07)

Tout acte chirurgical qui nécessite d'être effectué en milieu stérile et qui est réalisé en salle d'opération. L'usager requiert peu ou pas de surveillance professionnelle et il peut quitter l'établissement peu après l'intervention.

### Informations complémentaires

Les blocs facettaires, nerveux, stellaires ou veineux sont considérés comme des **chirurgies mineures**.

On détermine le type de chirurgie mineure, ainsi que le montant à facturer, en fonction du lieu où elle a été effectivement réalisée (en salle ou sans salle).

### ■ **Chirurgie d'un jour (code 08)**

Ensemble d'activités structurées et organisées pour des interventions chirurgicales pratiquées en bloc opératoire par un médecin détenant des privilèges en chirurgie, destinées à des usagers inscrits. Elles reposent sur des protocoles pré et postopératoires et nécessitent des soins infirmiers et généralement les services d'un anesthésiologiste. Les usagers quittent l'établissement le jour même de l'intervention, après une période en salle de réveil ou de surveillance.

Taux composé par jour pour tous les services reçus durant cette journée, à l'exception des prothèses. Pour être facturée, la chirurgie d'un jour doit être conforme aux critères prévus au centre d'activités 6070 du [Manuel de gestion financière](#).

NOTE : Les procédures endoscopiques ainsi que les blocs facettaires, nerveux, stellaires, veineux ou sympathiques ne sont pas des chirurgies d'un jour, mais des chirurgies mineures.

### Informations complémentaires

Les **chirurgies endoscopiques** sont des chirurgies d'un jour (ex. : arthroscopie).

### Protocole opératoire

Lorsqu'une chirurgie d'un jour est facturée, la CSST demande le protocole opératoire dans la plupart des cas.

# 3. FACTURATION À LA CSST

## 3.1. Principes de base

Veillez écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie.

### ■ Données obligatoires

Les sections obligatoires à remplir sont indiquées en rouge dans le compte. Lorsqu'un champ obligatoire n'est pas rempli, la CSST retourne le compte à l'établissement. Toutefois, si un travailleur n'a pas de numéro d'assurance maladie, vous devez le préciser sur le compte papier afin qu'il ne vous soit pas retourné.

À NOTER: Même si les données ne sont pas toutes obligatoires, il est recommandé de remplir tous les champs du compte.

À NOTER: Lorsque le travailleur consulte un médecin dans votre établissement de santé, vous devez écrire le nom du médecin ainsi que le numéro de son permis d'exercice.

À NOTER: Lorsque les établissements facturent **uniquement** des frais administratifs et que le numéro de dossier du travailleur à la CSST est inscrit, le nom de l'employeur et le diagnostic ne sont pas obligatoires. Cette règle s'applique exclusivement au formulaire papier.

### ■ Codification

Vous trouverez les codes de service utilisés pour remplir le formulaire dans les circulaires du MSSS, soit l'annexe 1 de la [Circulaire sur les tarifs des services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durées ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation \(03.01.42.19\)](#) et les annexes de la [Circulaire sur les valeurs unitaires \(03.04.01.01\)](#).

Un même code de service ne peut être inscrit plus d'une fois pour une même date. Certains soins, traitements et services ne sont pas codés. Dans ces cas, veuillez utiliser le code 99 et préciser le service fourni au travailleur.

Certains services de l'annexe 1 de la [Circulaire sur les tarifs des services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durées ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation \(03.01.42.19\)](#) sont codés, mais nécessitent une description plus précise. Voici ces codes :

Section H. Services externes

- Chirurgie d'un jour (code 08): indiquez le type de chirurgie. Exemple: arthroscopie.
- Médicaments (code 97): indiquez le nom du médicament.
- Autres services (non prévus dans la circulaire) (code 99) : précisez le type de service fourni.

Section I : Frais administratifs

- Photocopies (code 96) : Précisez le nombre de pages photocopées
- Autres, (code 96): précisez le type de service fourni. Exemple: frais de poste

Les particularités de chacune des sections du formulaire sont précisées dans la [section 3.2.](#) du présent guide.

### ■ **Tarification**

Vous trouverez les tarifs associés aux codes dans les circulaires du MSSS, soit l'annexe 1 de la [Circulaire sur les tarifs des services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durées ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation \(03.01.42.19\)](#) et les annexes de la [Circulaire sur les valeurs unitaires \(03.04.01.01\)](#).

Les « prix de journée » d'une hospitalisation, déterminés par le MSSS, vous sont transmis dans l'annexe 2 de la [Circulaire sur les tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durées ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation \(03.01.42.19\)](#).

À noter que le MSSS révisé annuellement les tarifs des services externes et des « prix de journée » d'une hospitalisation.

### ■ **Catégories de soins, de traitements et de services**

Le *Compte de l'établissement de santé public* précise les trois catégories de soins, de traitements et de services qui peuvent être facturés à la CSST : la [section G « Hospitalisation »](#), la [section H « Services externes »](#) et la [section I « Frais administratifs »](#).

Les particularités et les exclusions propres à chacune de ces sections sont présentées dans le présent guide.

### ■ **« Rappel de compte » et « Demande de correction »**

Lorsque l'établissement de santé fait parvenir de nouveau à la CSST un compte qu'il avait déjà envoyé, il est très important de mentionner sur le compte un des deux motifs suivants : « Rappel de compte » ou « Demande de correction ».

Dans les deux cas, il faut s'assurer que tous les renseignements fournis la première fois y sont toujours **et** que la date du « Rappel de compte » ou de la « Demande de correction » est clairement indiquée sur la copie expédiée à la CSST.

#### « Rappel de compte »

Le « Rappel de compte » est utilisé dans le contexte où un compte n'a pas encore été traité par la CSST, c'est-à-dire qu'il a été présenté par l'établissement à la CSST il y a un certain temps, mais qu'il est resté sans réponse.

Exemple : L'établissement de santé fait un rappel pour un compte en attente d'autorisation depuis quelques semaines.

Pour les comptes envoyés précédemment en **version papier** :

1. Inscrire clairement la mention « Rappel de compte » sur la copie du compte déjà envoyé.
2. Inscrire la date du rappel sur cette copie.
3. Envoyer le rappel à la CSST, par la poste ou par télécopieur.

Pour les comptes envoyés précédemment en **version électronique** :

1. Imprimer le compte déjà envoyé sur support électronique où sont mentionnés la date d'envoi et le numéro du formulaire d'origine.
2. S'assurer que la mention « Rappel de compte » a été inscrite automatiquement par le logiciel; sinon, inscrire cette mention.
3. S'assurer que la date du rappel a été inscrite automatiquement par le logiciel; sinon, inscrire cette date.
4. Envoyer le rappel à la CSST, par la poste ou par télécopieur.

#### « Demande de correction »

Dans ce cas, l'établissement demande de corriger des renseignements portant sur un ou plusieurs services déjà inscrits dans un compte **traité** par la CSST.

**L'ajout** de nouveaux services ne peut pas faire l'objet d'une « Demande de correction » de compte et nécessite plutôt la production d'un nouveau compte.

Exemple : L'établissement a facturé un service au mauvais tarif et il veut faire la correction.

Pour les comptes envoyés précédemment en **version papier** :

1. Inscrire clairement la mention « Demande de correction » sur une copie du compte déjà envoyé.
2. Inscrire la date de cette demande sur la copie.
3. Indiquer clairement les corrections demandées sur cette copie.
4. Envoyer la demande à la CSST, par la poste ou par télécopieur.

Pour les comptes envoyés précédemment en **version électronique** :

1. Imprimer le compte déjà envoyé sur support électronique où sont mentionnés la date d'envoi et le numéro du formulaire d'origine.
2. S'assurer que la mention « Demande de correction » a été inscrite automatiquement par le logiciel; sinon, inscrire cette mention.
3. S'assurer que la date de la « Demande de correction » a été inscrite automatiquement par le logiciel; sinon, inscrire cette date.
4. Indiquer clairement les corrections demandées sur cette copie.
5. Envoyer la demande par la poste ou par télécopieur à la CSST.

## ■ Délai de facturation

Pour obtenir un remboursement, un établissement doit avoir présenté son compte (et toute demande de correction) à la CSST au plus tard le **cent quatre-vingtième (180<sup>e</sup>) jour** suivant la date à laquelle le travailleur a reçu des soins, des traitements ou des services, faute de quoi le compte ne sera pas payé et sera retourné à l'établissement. Deux situations justifient qu'un établissement facture la commission en dehors du délai prévu de 180 jours (voir les détails à la [section 4.3](#) du présent guide).

## ■ Taxes

Les établissements de santé publics du Québec sont tenus de facturer à la CSST les taxes sur les frais administratifs (ex. : photocopies).

**Attention** : Les frais de poste étant déjà taxés lors de l'acquisition, les établissements ne doivent pas facturer de taxes supplémentaires à la CSST.



## ■ N° (Numéro de formulaire)

|   |   |
|---|---|
|  | COMPTE DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PUBLIC |
|   | N°  |

Ce champ est **obligatoire**.

Il s'agit d'un numéro alphanumérique qui comporte sept (7) caractères.

Le numéro imprimé sur le formulaire papier dans le champ « N° » ou produit par le progiciel utilisé par l'établissement pour l'envoi électronique du compte correspond au numéro de formulaire (au sens de numéro de facture).

Ce numéro **doit être unique et séquentiel** pour chaque établissement de santé. Ne pas utiliser de photocopies d'un formulaire.

**Veillez noter que la version PDF du formulaire accessible sur le site Web de la CSST ne génère pas de numéro de formulaire.** Assurez-vous d'inscrire un numéro unique et séquentiel pour votre établissement. Pour créer un numéro de formulaire valide, assurez-vous de respecter la séquence des numéros de vos comptes précédents.

## ■ Section A : Renseignements sur l'établissement de santé qui transmet le compte à la CSST

|   |   |
|---|---|
| A. Renseignements sur l'établissement de santé qui transmet le compte à la CSST |   |
| Nom de l'établissement  | N° de fournisseur CSST <input type="text"/> |

### > Nom de l'établissement

Ce champ est **obligatoire**.

Veillez inscrire ici le nom complet de l'établissement de santé qui demande le remboursement de ce compte.

### > N° de fournisseur CSST

Ce champ est **obligatoire**.

Ce numéro, fourni par la CSST, comporte huit (8) chiffres.

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec la CSST au **1 866 302-CSST (2778)**.

## ■ Section B : Renseignements sur l'installation de santé où le service a été rendu

| B. Renseignements sur l'installation de santé où le service a été rendu |                        |
|---|------------------------|
| Nom de l'installation   | N° d'installation MSSS |

### > Nom de l'installation

Ce champ est **obligatoire**.

Il s'agit du lieu physique où les services ont été donnés au travailleur.

### > N° d'installation MSSS

Ce champ est **obligatoire**.

Ce numéro, attribué par le MSSS, comporte huit (8) chiffres.

## ■ Section C : Renseignements sur le travailleur

| C. Renseignements sur le travailleur |    |             |                 |  |
|--------------------------------------|----|-------------|-----------------|--|
| Nom à la naissance                   |    | Prénom      |                 | N° de dossier CSST du travailleur        |
| Adresse                              | N° | Rue         | App.            | N° d'assurance maladie                   |
| Province                             |    | Code postal |                 | Date de naissance                        |
| Sexe                                 | M  | F           | N° de téléphone | Date de l'événement                      |
|                                      |    |             |                 | Date de récidive, rechute ou aggravation |

### > Date de l'événement (année, mois, jour)

Ce champ est **obligatoire**.

Cette date est celle où l'accident du travailleur s'est produit ou celle à laquelle le travailleur a appris qu'il était atteint d'une maladie professionnelle.

### > N° de dossier CSST du travailleur

Veuillez inscrire, si vous le connaissez, le numéro de dossier du travailleur à la CSST. Ce numéro, fourni par la CSST, comporte neuf (9) chiffres.

## ■ Section D : Renseignements sur l'employeur

| D. Renseignements sur l'employeur   |    |     |        |          |                 |  |
|-------------------------------------|----|-----|--------|----------|-----------------|--|
| Nom de l'employeur (raison sociale) |    |     |        |          | N° de téléphone |  |
| Adresse                             | N° | Rue | Bureau |          |                 |  |
| Ville                               |    |     |        | Province |                 |  |

### > Nom de l'employeur (raison sociale)

Ce champ est **obligatoire**.

Veillez inscrire ici le nom de l'entreprise ou sa raison sociale plutôt que le nom de son propriétaire ou de son gestionnaire.

Par « raison sociale », on entend le nom inscrit au Registre des entreprises du Québec.

### > Province

Ce champ est **obligatoire**.

## ■ Section E : Médecin qui a charge du travailleur dans l'établissement de santé

| E. Médecin qui a charge du travailleur dans l'établissement de santé |        |              |
|--|--------|--------------|
| Nom  | Prénom | N° de permis |

**À NOTER:** Lorsque le travailleur consulte un médecin dans votre établissement de santé, vous devez écrire le nom du médecin ainsi que le numéro de son permis d'exercice.

### > Nom

Veillez écrire le nom de famille complet du médecin qui a pris charge du travailleur dans l'établissement de santé.

### > Prénom

Veillez écrire le prénom complet du médecin qui a pris charge du travailleur dans l'établissement de santé.

### > N° de permis

Veillez écrire le numéro de permis d'exercice du médecin qui a pris charge du travailleur dans l'établissement de santé.

Ce numéro, fourni par le Collège des médecins du Québec, comporte cinq (5) chiffres. À noter : Ces cinq (5) chiffres peuvent être précédés du chiffre « 1 » lorsqu'il s'agit d'un médecin et suivis d'un code de validation donné par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Veillez donc écrire uniquement les cinq (5) chiffres du milieu, soit ceux fournis par le Collège des médecins du Québec.

Exemple:

1 3 3 2 2 2 3

## ■ Section F : Diagnostic

| F. Diagnostic                           |   |
|---|---|
| Code du diagnostic <input type="text"/> | Description du diagnostic ou raison de la visite médicale |

### > Code du diagnostic

Veillez écrire le code du diagnostic.

Ce code provient de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM), version canadienne, élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé et développée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour répondre au besoin de données canadiennes sur la morbidité.

Il s'agit d'un code alphanumérique. Si votre établissement de santé utilise la CIM-10-CA, veuillez inscrire uniquement les six (6) premiers caractères.

### > Description du diagnostic ou raison de la visite médicale

Ce champ est **obligatoire**.

Veillez écrire le diagnostic posé par le médecin qui a pris charge du travailleur dans votre établissement ou la raison de la visite médicale.

Exemple : Entorse cervicale.

## ■ Section G : Hospitalisation

| G. Hospitalisation |                  |                          |                          |                          |                          |                          |                 |       |
|--------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| Période            |                  | Type d'hospitalisation   |                          |                          |                          | Nombre de jours          | Tarif quotidien | Total |
| Du<br>AAAA/MM/JJ   | Au<br>AAAA/MM/JJ | Courte durée             |                          |                          | Longue durée             |                          |                 |       |
|                    |                  | Salle                    | USI                      | Combiné                  |                          |                          |                 |       |
|                    |                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |       |
|                    |                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |       |
|                    |                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |       |

### > Particularités

#### Prix de journée

Le « prix de journée » comprend les coûts de tous les soins, les traitements et les services que requiert l'état de santé du travailleur durant son séjour en établissement de santé. Par conséquent, la CSST ne paie **aucun supplément pour un examen d'imagerie médicale, une prothèse ou tout autre service externe**. Seuls les frais administratifs peuvent être facturés en sus.

Ces prix sont revus annuellement par le MSSS et sont accessibles dans l'annexe 2 de la [Circulaire sur les tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durées ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation \(03.01.42.19\)](#).

#### Exception : Première journée d'hospitalisation

Seuls les services ambulatoires (codes 01 à 08 de l'annexe 1 de la circulaire, sauf le code 04), lorsqu'ils sont fournis à un patient le jour de son admission, peuvent être facturés en plus du « prix de journée ». Voici les services concernés : 01) soins d'urgence; 02) visite aux consultations externes ou visite de contrôle; 03) visite aux services de planification familiale ou aux unités de médecine familiale ou visite aux services de santé courants (CLSC); 05) unité de médecine de jour;

06) chirurgie mineure sans salle d'opération; 07) chirurgie mineure en salle d'opération; 08) chirurgie d'un jour. Pour les **journées d'hospitalisation subséquentes**, seul le « prix de journée » s'applique.

### > Période

Ce champ est **obligatoire**.

Veillez préciser ici l'année, le mois et le jour du début et de la fin de la période d'hospitalisation.

Pour chacune des périodes, cochez une colonne par ligne s'il y a plus d'un « type d'hospitalisation » dans le même compte.

Une période d'hospitalisation durant laquelle il y a un changement de tarif doit être facturée sur deux lignes distinctes sur le même compte. À noter : La révision annuelle des tarifs se fait habituellement le 1<sup>er</sup> avril ou le 1<sup>er</sup> mai de chaque année.

#### Période de courte durée

La période d'hospitalisation de courte durée commence le jour de l'admission et se termine le jour du départ du travailleur.

#### Période de longue durée ou période de réadaptation

La période d'hospitalisation de longue durée ou la période de réadaptation commence le jour même de l'hospitalisation (ou la date du début de la période concernée) et se termine le jour où prend fin l'hospitalisation (ou la date de la fin de la période concernée).

La date de la fin est :

- soit le jour où le travailleur quitte l'établissement;
- soit le premier jour du mois ou des mois suivants, lorsqu'il est hospitalisé plus d'un mois.

### > Type d'hospitalisation

Ce champ est **obligatoire**. Veuillez préciser ici le type d'hospitalisation : courte durée « Salle », courte durée « USI » ou courte durée « Combiné », longue durée ou réadaptation.

#### Courte durée

Ce type d'hospitalisation est habituellement offert par un CH. Pour l'hospitalisation de courte durée, veuillez préciser s'il s'agit d'une hospitalisation en salle, à l'unité de soins intensifs (USI) ou un combiné (combinaison du tarif d'une hospitalisation en salle et du tarif de l'unité de soins intensifs). Si vous facturez une hospitalisation de type « combiné », vous ne pouvez facturer aucun autre type d'hospitalisation de courte durée.

#### Longue durée

Ce type d'hospitalisation est habituellement offert à la clientèle hébergée dans un CH ayant une unité de soins de longue durée, dans un CHSLD, chez une ressource intermédiaire (RI) ou chez une ressource de type familial (RTF).

#### Réadaptation

Ce type d'hospitalisation est offert par les CR, qui facturent à la CSST le « prix de journée » du MSSS.

## > Nombre de jours

Ce champ est **obligatoire**.

Peu importe le type d'hospitalisation (courte durée, longue durée ou réadaptation), **le jour de la sortie ou de la fin de la période ne compte pas pour une journée d'hospitalisation**.

### Calcul du nombre de jours d'une période de courte durée

La période d'hospitalisation de courte durée commence le jour de l'admission et se termine le jour du départ du travailleur.

Exemple de calcul du nombre de jours d'hospitalisation de courte durée :

Facturation du 10 au 20 avril 2011 (du 10 au 13 avril dans une unité de soins intensifs et du 13 au 20 avril dans une salle).

| G. Hospitalisation |                  |                                     |                                     |                          |                          |                          |                 |
|--------------------|------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| Période            |                  | Type d'hospitalisation              |                                     |                          |                          |                          | Nombre de jours |
| Du<br>AAAA/MM/JJ   | Au<br>AAAA/MM/JJ | Courte durée                        |                                     |                          | Longue durée             | Réadaptation             |                 |
|                    |                  | Salle                               | USI                                 | Combiné                  |                          |                          |                 |
| 2011-04-10         | 2011-04-13       | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 jours         |
| 2011-04-13         | 2011-04-20       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 jours         |
|                    |                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |

### Calcul du nombre de jours d'une période de longue durée ou de réadaptation

Dans les cas d'hospitalisation de longue durée ou de réadaptation, l'établissement de santé qui facture au mois doit inscrire comme date de la fin de l'hospitalisation le premier jour du mois suivant, qui marque aussi le début de la période suivante.

Exemple de calcul du nombre de jours d'hospitalisation de longue durée dans un CHSLD ou un centre de réadaptation :

Facturation du 1er au 28 février 2011.

| G. Hospitalisation |                  |                          |                          |                          |                                     |                          |                 |
|--------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|
| Période            |                  | Type d'hospitalisation   |                          |                          |                                     |                          | Nombre de jours |
| Du<br>AAAA/MM/JJ   | Au<br>AAAA/MM/JJ | Courte durée             |                          |                          | Longue durée                        | Réadaptation             |                 |
|                    |                  | Salle                    | USI                      | Combiné                  |                                     |                          |                 |
| 2011-02-01         | 2011-03-01       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28 jours        |
|                    |                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                 |
|                    |                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                 |

### > Tarif quotidien

Ce champ est **obligatoire**.

Veillez inscrire les « prix de journée » déterminés par le MSSS pour votre établissement. Ces prix sont revus annuellement par le MSSS et sont accessibles dans l'annexe 2 de la [Circulaire sur les tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durées ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation \(03.01.42.19\)](#)

### > Total

Ce champ est **obligatoire**.

Ce champ correspond à la multiplication du nombre de jours par le tarif quotidien.

## ■ Section H : Services externes

| H. Services externes          |          |  |                 |                        |         |
|-------------------------------|----------|--|-----------------|------------------------|---------|
| Date du service<br>AAAA/MM/JJ | Quantité | Annexe<br>(lettre de l'annexe obligatoire<br>si le code de service est un<br>code des valeurs unitaires) | Code du service | Description du service | Montant |
|                               |          |  |                 |                        |         |
|                               |          |  |                 |                        |         |
|                               |          |  |                 |                        |         |
|                               |          |  |                 |                        |         |
|                               |          |  |                 |                        |         |

### > Particularités

Lorsque deux services ambulatoires ou plus (codes 01 à 08) sont offerts le même jour dans le même hôpital, un seul service peut être facturé par l'hôpital (le service ayant le taux le plus élevé). Toutefois, un service ambulatoire peut être facturé en plus d'un service diagnostic, à l'exception de la chirurgie d'un jour.

#### Chirurgie d'un jour (services ambulatoires) (code 08), d'une part; prothèse (code 09), d'autre part

Lorsqu'une chirurgie d'un jour est réalisée dans le cadre de services ambulatoires, seule la prothèse peut être facturée en sus.

#### Médicaments (code 97)

Les tarifs des soins, des traitements et des services n'incluent pas le coût des médicaments, à l'exception de la **chirurgie d'un jour**, des **épidurales**, des **épidurales sous fluoroscopie**, des **blocs facettaires sous fluoroscopie** et des **agents de contraste** utilisés en imagerie médicale.

Les médicaments doivent être facturés à leur prix réel.

### Visite aux services de santé courants (CLSC) (code 03)

Ce service est compris dans l'annexe 1 de la [Circulaire sur les tarifs des services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durées ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation \(03.01.42.19\)](#) depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011.

### Unité de médecine de jour (code 05)

Ce service est compris dans l'annexe 1 de la [Circulaire sur les tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durées ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation \(03.01.42.19\)](#) depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011.

### Plâtres en fibre synthétique

Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011, les établissements de santé ne doivent plus facturer à la CSST les pansements, sutures, drains, injections, plâtres et produits d'immobilisation, car ils ont été intégrés dans les autres services. Ils peuvent toutefois continuer à lui facturer les plâtres en fibre synthétique.

### Taxes

Les établissements qui facturent des frais administratifs **sur support électronique** doivent inscrire les taxes (TPS et TVQ) dans la section des services externes.

Veillez inscrire la même date que celle des frais administratifs. Si vous avez facturé plusieurs frais administratifs, veuillez inscrire la date la plus récente.

Exemple de facturation sur support électronique :

| H. Services externes          |          |  |                 |                        |         |
|-------------------------------|----------|--|-----------------|------------------------|---------|
| Date du service<br>AAAA/MM/JJ | Quantité | Annexe<br>(lettre de l'annexe obligatoire<br>si le code de service est un<br>code des valeurs unitaires) | Code du service | Description du service | Montant |
| 2013-02-04                    | 1        |  | 99TF            | TPS : numéro de TPS    |         |
| 2013-02-04                    | 1        |  | 99TP            | TPS : numéro de TVQ    |         |
|                               |          |  |                 |                        |         |
|                               |          |  |                 |                        |         |

#### > **Date du service (année, mois, jour)**

Ce champ est **obligatoire**.

Veillez inscrire la date à laquelle **chacun** des soins, traitements ou services a été fourni au travailleur.

#### > **Quantité**

Ce champ est **obligatoire**.

La quantité correspond au nombre de fois où le même service (même code) est fourni dans la même journée et non à une unité technique. Habituellement, la quantité qui s'applique à un service pour une date donnée correspond à 1.

#### > **Annexe**

La lettre de l'annexe est obligatoire si le code de service se trouve dans les annexes de la [Circulaire sur les valeurs unitaires \(03.04.01.01\)](#) du MSSS.

#### > **Code de service**

Ce champ est **obligatoire**.

Un code de service ne peut être inscrit plus d'une fois pour une même date.

Les codes de l'annexe 1 de la [Circulaire sur les tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durées ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation \(03.01.42.19\)](#) du MSSS sont numériques ou alphanumériques à deux (2) positions.

Exemple : Chirurgie d'un jour = 08.

Les codes des annexes de la [Circulaire sur les valeurs unitaires \(03.04.01.01\)](#) sont alphanumériques et à trois (3), quatre (4) ou cinq (5) positions.

Exemple : Imagerie médicale examen coude = G 8064.

### > Description du service

Ce champ est **obligatoire**.

Veillez écrire la description qui correspond au code du service fourni au travailleur.

Certains services de l'annexe 1 de la [Circulaire sur les tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durées ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation \(03.01.42.19\)](#) sont codés, mais nécessitent une description plus précise. Voici ces codes :

Section H : Services externes

- Chirurgie d'un jour (code 08): indiquez le type de chirurgie.  
Exemple: arthroscopie.
- Médicaments (code 97): indiquez le nom du médicament.
- Autres services (non prévus dans la circulaire) (code 99) : précisez le type de service fourni.

Section I : Frais administratifs

- Photocopies (code 96): Précisez le nombre de pages photocopiées
- Autres (code 96): précisez le type de service fourni.  
Exemple: frais de poste

### > Montant

Ce champ est **obligatoire**.

Veillez écrire le tarif du service indiqué dans l'annexe 1 de la [Circulaire sur les tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durées ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation \(03.01.42.19\)](#) et les annexes de la [Circulaire sur les valeurs unitaires \(03.04.01.01\)](#) du MSSS.

Exemple de facturation des services externes :

| H. Services externes          |          |  |                 |                                  |         |
|-------------------------------|----------|--|-----------------|----------------------------------|---------|
| Date du service<br>AAAA/MM/JJ | Quantité | Annexe<br>(lettre de l'annexe obligatoire<br>si le code de service est un<br>code des valeurs unitaires) | Code du service | Description du service           | Montant |
| 2011-05-13                    | 1        |  | 01              | Soins d'urgence                  | 183,08  |
| 2011-05-13                    | 1        | G  | 8064            | Imagerie médicale / Examen coude | 27,50   |
| 2011-05-18                    | 1        |  | 02              | Visite de contrôle               | 39,59   |
| 2011-05-20                    | 4        |  | 80              | Soins infirmiers à domicile      | 67,76   |

## ■ Section I : Frais administratifs

| I. Frais administratifs       |          |                              |                 |   |           |
|-------------------------------|----------|------------------------------|-----------------|---|-----------|
| Date du service<br>AAAA/MM/JJ | Quantité | Type de service              | Code du service | Description du service<br>(pour le type « autres » seulement) | Montant   |
|                               |          | Photocopies                  |                 | Photocopies   |           |
|                               |          | Autres (ex.: frais de poste) |                 | Précisez :  |           |
| N° TPS                        |          |                              | 99TF            |   | Total TPS |
| N° TVQ                        |          |                              | 99TP            |   | Total TVQ |

À NOTER : Il existe une particularité pour la facturation des frais administratifs sur support papier. Voir la section « [Données obligatoires](#) ».

### > Date du service (année, mois, jour)

Ce champ est **obligatoire**.

Veillez inscrire la date exacte où le service a été fourni.

### > Quantité

Ce champ est **obligatoire**.

Lorsqu'il s'agit de photocopies, veuillez inscrire le nombre de pages.

### > Type de service

Ce champ est **obligatoire**.

À noter : Le type de service figure déjà dans le formulaire papier.

De façon générale, la CSST demande des photocopies de documents médicaux (protocoles opératoires, notes cliniques, rapports d'examen radiologiques, etc.).

La CSST ne demande pas de résumé de dossier, mais plutôt des photocopies de documents médicaux. Par conséquent, les établissements de santé publics ne doivent pas facturer de résumé de dossier, mais seulement le nombre de pages photocopées.

### > Code du service

Ce champ est **obligatoire**.

Ce code est le 96.

### > Description du service (pour le type « autres » seulement)

Ce champ est **obligatoire**.

Veillez préciser le service dans ce champ.

### > Montant

Ce champ est **obligatoire**.

Veillez inscrire le tarif du service.

Le tarif pour les photocopies est celui que prévoit le [Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements personnels \(A-2.1 r.3\)](#).

### Numéro de TPS et numéro de TVQ

Veillez inscrire les numéros de TPS et de TVQ de votre établissement de santé.  
Les codes du service à utiliser sont les suivants :

TPS : 99TF

TVQ : 99TP

Veillez noter que les codes du service sont déjà inscrits sur le formulaire papier.

Inscrire le montant total des taxes.

Exemple :

| Date du service<br>AAAA/MM/JJ | Quantité | Type de service              | Code du service | Description du service<br>(pour le type « autres » seulement) | Montant |
|-------------------------------|----------|------------------------------|-----------------|---|---------|
|                               |          | Photocopies                  |                 | Photocopies   |         |
|                               |          | Autres (ex.: frais de poste) |                 | Précisez :  |         |
| N° TPS                        |          |                              | 99TF            | Total TPS   |         |
| N° TVQ                        |          |                              | 99TP            | Total TVQ   |         |

### Nom et numéro de téléphone du responsable autorisé de l'établissement de santé

|  |                 |       |                                  |                 |
|--|-----------------|-------|----------------------------------|-----------------|
| Nom du responsable autorisé de l'établissement de santé<br>(caractères d'imprimerie) | N° de téléphone | Poste | Date de facturation des services | Total du compte |
|--|-----------------|-------|----------------------------------|-----------------|

Veillez écrire en caractères d'imprimerie le nom de famille, le prénom et le numéro de téléphone (et le poste, s'il y a lieu) de la personne autorisée de l'établissement de santé à envoyer le compte.

### Date de facturation des services

|   |                 |                                  |                 |
|---|-----------------|----------------------------------|-----------------|
| Nom du responsable autorisé de l'établissement de santé | N° de téléphone | Date de facturation des services | Total du compte |
|---|-----------------|----------------------------------|-----------------|

Veillez écrire la date à laquelle le formulaire a été rempli.

### Total du compte

|   |                 |                                  |                 |
|---|-----------------|----------------------------------|-----------------|
| Nom du responsable autorisé de l'établissement de santé | N° de téléphone | Date de facturation des services | Total du compte |
|---|-----------------|----------------------------------|-----------------|

Ce champ est **obligatoire**.

Veillez indiquer le total du compte soumis. Ce total doit comprendre tous les montants réclamés dans les sections G, H et I du *Compte de l'établissement de santé public*.

# 4. ENVOI DU FORMULAIRE

## Compte de l'établissement de santé public

### 4.1. Envoi du formulaire papier

Il doit être envoyé à la direction régionale de la CSST de votre région. Pour en connaître l'adresse, veuillez vous référer à la section « Pour joindre la CSST ».

Pour obtenir des exemplaires du formulaire, veuillez communiquer directement avec la CSST au numéro de téléphone suivant : **1 866 302-CSST (2778)**.

Vous pouvez aussi le télécharger à partir du site Web de la CSST : [csst.qc.ca/etablissementdesante](http://csst.qc.ca/etablissementdesante).

Utiliser le papier de format légal (8½ x 14 po) pour imprimer le formulaire à partir du site Web de la CSST.

**Veillez noter que la version PDF du formulaire accessible sur le site Web de la CSST ne génère pas de numéro de formulaire.** Assurez-vous d'inscrire un numéro unique et séquentiel pour votre établissement.

#### Nouveau service au Guichet CSST

Les établissements de santé publics qui facturent la CSST sur support papier ont accès à un service en ligne sécurisé gratuit (Guichet CSST) du site Web de la CSST leur permettant de faire le suivi de leurs comptes.

Le formulaire d'inscription est disponible dans la section « Services en ligne sécurisés » de la page d'accueil du site Web de la CSST, au [csst.qc.ca](http://csst.qc.ca).

### 4.2. Envoi électronique

#### ■ Inscription

Vous pouvez vous inscrire au Guichet CSST sur le site Web de la CSST. Le Guichet CSST vous donne la possibilité d'envoyer des fichiers de facturation électroniques à la CSST, aux fins du paiement des services fournis dans des cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles :

[csst.qc.ca/services\\_ligne\\_securises/inscription.htm](http://csst.qc.ca/services_ligne_securises/inscription.htm).

#### ■ Cahier des charges et certification

Les exigences concernant la facturation pour les établissements de santé publics en lien électronique sont précisées dans le cahier des charges remis à chaque fournisseur de logiciels par la CSST. Cette dernière doit certifier tout logiciel conçu par le fournisseur afin de s'assurer de sa conformité aux exigences.

### 4.3. Délai de facturation

L'établissement de santé doit présenter son compte à la CSST dans **un délai maximum de 180 jours** suivant la date à laquelle le travailleur a reçu les soins, traitements ou services. La « Demande de correction » de ce compte doit parvenir à la CSST dans le même délai, faute de quoi elle sera refusée.

**RAPPEL:** Le délai de facturation correspond au nombre de jours entre la date du service fourni et la date de réception du compte à la CSST.

Exemple d'application du délai de facturation pour une « Demande de correction » :

- Date du service : 1<sup>er</sup> avril 2011 (La période de 180 jours pour la réception du compte à la CSST s'étend donc du 1<sup>er</sup> avril au 28 septembre 2011.).
- Date de réception du compte à la CSST : 10 juin 2011.
- Date de réception de la « Demande de correction » : 7 septembre 2011.

La « Demande de correction » du compte, dans cet exemple, est acceptée puisqu'elle a été reçue à la CSST à l'intérieur du délai de facturation de 180 jours.

Exemple d'application du délai de facturation d'un compte qui ne respecte pas le délai de 180 jours :

- Date du service : 13 janvier 2011 (La période de 180 jours pour la réception du compte à la CSST s'étend donc du 13 janvier au 12 juillet 2011.).
- Date de réception du compte à la CSST : 29 juillet 2011.

Ce compte ne sera pas payé par la CSST, car il a été reçu après le délai prévu.

Exceptionnellement, un établissement de santé peut être exempté de se conformer à ce délai dans les cas suivants :

- lorsque, au-delà du délai de 180 jours, la décision de refus de la lésion professionnelle du travailleur est infirmée par un palier d'appel ;
- lorsqu'une réclamation pour lésion professionnelle présentée par le travailleur après le délai prévu (le délai de présentation d'une réclamation à la CSST est de six mois) est acceptée par la CSST.

Dans l'une ou l'autre de ces situations, l'établissement de santé est justifié de réclamer à nouveau les services facturés.

Pour les services facturés antérieurement en version papier **OU** en version électronique ainsi que pour les services qui n'ont jamais été facturés, la procédure est la même :

1. Inscrire clairement la mention « Décision modifiée par un palier d'appel » ou « Réclamation acceptée hors délai » selon le cas, sur un nouveau formulaire **papier** *Compte de l'établissement de santé public* ;
2. Acheminer le compte à la CSST par la poste ou par télécopieur.

**Nouveauté :** La CSST s'est dotée d'une procédure pour informer les établissements de santé publics lorsqu'une décision d'admissibilité est infirmée par un palier d'appel.

## Pour joindre la CSST, un seul numéro : 1 866 302-CSST (2778)

### **ABITIBI-**

#### **TÉMISCAMINGUE**

33, rue Gamble O.  
**Rouyn-Noranda**  
(Québec) J9X 2R3  
Télé. : 819 762-9325

2<sup>e</sup> étage  
1185, rue Germain  
**Val-d'Or**  
(Québec) J9P 6B1  
Télé. : 819 874-2522

#### **BAS-SAINT-LAURENT**

180, rue des Gouverneurs  
Case postale 2180  
**Rimouski**  
(Québec) G5L 7P3  
Télé. : 418 725-6237

#### **CAPITALE-NATIONALE**

425, rue du Pont  
Case postale 4900  
Succ. Terminus  
**Québec**  
(Québec) G1K 7S6  
Télé. : 418 266-4015

#### **CHAUDIÈRE- APPALACHES**

835, rue de la Concorde  
**Lévis**  
(Québec) G6W 7P7  
Télé. : 418 839-2498

#### **CÔTE-NORD**

Bureau 236  
700, boul. Laure  
**Sept-Îles**  
(Québec) G4R 1Y1  
Télé. : 418 964-3959  
235, boul. La Salle  
**Baie-Comeau**  
(Québec) G4Z 2Z4  
Télé. : 418 294-7325

### **ESTRIE**

Place Jacques-Cartier  
Bureau 204  
1650, rue King O.  
**Sherbrooke**  
(Québec) J1J 2C3  
Télé. : 819 821-6116

#### **GASPÉSIE-ÎLES- DE-LA-MADELEINE**

163, boul. de Gaspé  
**Gaspé**  
(Québec) G4X 2V1  
Télé. : 418 368-7855

200, boul. Perron O.  
**New Richmond**  
(Québec) G0C 2B0  
Télé. : 418 392-5406

#### **ÎLE-DE-MONTRÉAL**

1, complexe Desjardins  
Tour Sud, 31<sup>e</sup> étage  
Case postale 3  
Succ. Place-Desjardins  
**Montréal**  
(Québec) H5B 1H1  
Télé. : 514 906-3200

#### **LANAUDIÈRE**

432, rue De Lanaudière  
Case postale 550  
**Joliette**  
(Québec) J6E 7N2  
Télé. : 450 756-6832

#### **LAURENTIDES**

6<sup>e</sup> étage  
85, rue De Martigny O.  
**Saint-Jérôme**  
(Québec) J7Y 3R8  
Télé. : 450 432-1765

### **LAVAL**

1700, boul. Laval  
**Laval**  
(Québec) H7S 2G6  
Télé. : 450 668-1174

#### **LONGUEUIL**

25, boul. La Fayette  
**Longueuil**  
(Québec) J4K 5B7  
Télé. : 450 442-6373

#### **MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC**

Bureau 200  
1055, boul. des Forges  
**Trois-Rivières**  
(Québec) G8Z 4J9  
Télé. : 819 372-3286

#### **OUTAOUAIS**

15, rue Gamelin  
Case postale 1454  
**Gatineau**  
(Québec) J8X 3Y3  
Télé. : 819 778-8699

#### **SAGUENAY- LAC-SAINT-JEAN**

Place du Fjord  
901, boul. Talbot  
Case postale 5400  
**Saguenay**  
(Québec) G7H 6P8  
Télé. : 418 545-3543

Complexe du Parc  
6<sup>e</sup> étage  
1209, boul. du Sacré-Cœur  
Case postale 47  
**Saint-Félicien**  
(Québec) G8K 2P8  
Télé. : 418 679-5931

#### **SAINT-JEAN-SUR- RICHELIEU**

145, boul. Saint-Joseph  
Case postale 100  
**Saint-Jean-sur-Richelieu**  
(Québec) J3B 6Z1  
Télé. : 450 359-1307

#### **VALLEYFIELD**

9, rue Nicholson  
**Salaberry-de-Valleyfield**  
(Québec) J6T 4M4  
Télé. : 450 377-8228

#### **YAMASKA**

2710, rue Bachand  
**Saint-Hyacinthe**  
(Québec) J2S 8B6  
Télé. : 450 773-8126

Pour obtenir la liste de nos coordonnées la plus à jour,  
consultez notre site Web à  
**[csst.qc.ca/nous\\_joindre](http://csst.qc.ca/nous_joindre)**.

# Aide-mémoire

## COMPTE DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PUBLIC

Pour de plus amples détails, veuillez vous référer au [Guide administratif à l'intention des établissements de santé du réseau de la santé et des services sociaux du Québec relatif au Compte de l'établissement de santé public](#) accessible sur le site Web de la CSST ([csst.qc.ca/etablissementdesante](http://csst.qc.ca/etablissementdesante)).

### Clientèle visée

- CH, CLSC, CISSS, CIUSSS, CHSLD, CR et établissements privés conventionnés qui facturent à la CSST.

## DÉFINITIONS

|   |   |
|---|---|
| <b>Services ambulatoires</b>  | <p>Ils comprennent les codes 01 à 08. Lorsque deux services ambulatoires ou plus sont offerts le même jour dans le même hôpital, un seul service peut être facturé par l'hôpital (le service ayant le taux le plus élevé). Toutefois, un service ambulatoire peut être facturé en plus d'un service diagnostic à l'exception de la chirurgie d'un jour.</p>   |
| <b>Soins d'urgence (code 01)</b>  | <p>Les services d'urgence offrent des services médicaux continus où l'on trouve les ressources diagnostiques et thérapeutiques pour stabiliser ou prendre en charge certaines affections plus complexes que celles traitées au niveau des services médicaux de première ligne. N'est pas un soin d'urgence, une visite aux consultations externes spécialisées ou une visite de contrôle, peu importe où elle a lieu, ou même qu'elle se tienne dans les locaux affectés à l'urgence.</p>   |
| <b>Chirurgie mineure sans salle d'opération (code 06)</b>                               | <p>Tout acte chirurgical qui ne nécessite pas d'être effectué en milieu stérile et qui est réalisé ailleurs qu'en salle d'opération. L'utilisateur requiert peu ou pas de surveillance professionnelle et il peut quitter l'établissement peu après l'intervention.</p> <p><u>Informations complémentaires</u> : Les procédures endoscopiques (ex. : bronchoscopie, colonoscopie) sont considérées comme des chirurgies mineures habituellement réalisées ailleurs qu'en salle d'opération. Les blocs facettaires, nerveux, stellaires ou veineux sont considérés comme des chirurgies mineures. On détermine le type de chirurgie mineure, ainsi que le montant à facturer, en fonction du lieu où elle a été effectivement réalisée (en salle ou sans salle).</p>   |
| <b>Chirurgie mineure en salle d'opération [sans soins infirmiers de jour] (code 07)</b> | <p>Tout acte chirurgical qui nécessite d'être effectué en milieu stérile et qui est réalisé en salle d'opération. L'utilisateur requiert peu ou pas de surveillance professionnelle et il peut quitter l'établissement peu après l'intervention.</p> <p><u>Informations complémentaires</u> : Les blocs facettaires, nerveux, stellaires ou veineux sont considérés comme des chirurgies mineures. On détermine le type de chirurgie mineure, ainsi que le montant à facturer, en fonction du lieu où elle a été effectivement réalisée (en salle ou sans salle).</p>   |
| <b>Chirurgie d'un jour (code 08)</b>  | <p>Ensemble d'activités structurées et organisées pour des interventions chirurgicales pratiquées en bloc opératoire par un médecin détenant des privilèges en chirurgie, destinées à des usagers inscrits. Elles reposent sur des protocoles pré et postopératoires et nécessitent des soins infirmiers et généralement les services d'un anesthésiologiste. Les usagers quittent l'établissement le jour même de l'intervention, après une période en salle de réveil ou de surveillance.</p> <p>Taux composé par jour pour tous les services reçus durant cette journée, à l'exception des prothèses. Pour être facturée, la chirurgie d'un jour doit être conforme aux critères prévus au centre d'activités 6070 du Manuel de gestion financière.</p> <p>NOTE : Les procédures endoscopiques ainsi que les blocs facettaires, nerveux, stellaires, veineux ou sympathiques ne sont pas des chirurgies d'un jour, mais des chirurgies mineures.</p> <p><u>Informations complémentaires</u> : Les chirurgies endoscopiques sont des chirurgies d'un jour (ex. : arthroscopie). <u>Protocole opératoire</u> : Lorsqu'une chirurgie d'un jour est facturée, la CSST demande le protocole opératoire dans la plupart des cas.</p> |
| <b>Résumé de dossier (code 96)</b>  | <p>La CSST ne demande pas de résumé de dossier, mais plutôt des photocopies de documents médicaux. Par conséquent, les établissements de santé publics ne doivent pas facturer de résumé de dossier, mais seulement le nombre de pages photocopiées.</p>  |

# FACTURATION À LA CSST

|  |  |
|--|--|
| <b>Codification et tarification</b>              | <p>On trouve les codes et les tarifs des services dans les circulaires du MSSS, soit l'annexe 1 <a href="#">de la Circulaire sur les tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durées ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation (03.01.42.19)</a> et les annexes <a href="#">de la Circulaire sur les valeurs unitaires (03.04.01.01) du MSSS</a>. Pour les services non codés, veuillez utiliser le code 99 et préciser le service fourni au travailleur. Voir le <a href="#">Guide administratif</a>.</p>   |
| <b>Délai de facturation</b>                      | <p>Pour obtenir remboursement, un établissement doit avoir présenté son compte (et toute demande de correction) à la CSST au plus tard le <b>180e jour</b> suivant la date à laquelle le travailleur a reçu des services, faute de quoi le compte ne sera pas payé et sera retourné à l'établissement. Pour déterminer le délai de facturation, on doit calculer le nombre de jours entre la <b>date du service et la date de réception</b> du compte à la CSST. Deux situations permettent d'être exempté de se conformer à ce délai. Voir le <a href="#">Guide administratif</a>.</p>  |
| <b>Rappel de compte et Demande de correction</b> | <p>Le « Rappel de compte » est utilisé dans le contexte où un compte n'a pas encore été traité par la CSST. La « Demande de correction » est utilisée lorsque l'établissement demande de corriger des renseignements déjà inscrits dans un compte traité par la CSST. L'ajout de nouveaux services ne peut pas faire l'objet d'une « Demande de correction » et nécessite plutôt la production d'un nouveau compte. L'établissement doit écrire sur la copie du formulaire original « Rappel de compte » ou « Demande de correction » ainsi que la date du rappel ou de la demande. Voir le <a href="#">Guide administratif</a>.</p>   |
| <b>Données obligatoires</b>                      | <p>Lorsqu'un champ obligatoire (en rouge sur le compte) n'est pas rempli, la CSST retourne le compte à l'établissement.</p>  |
| <b>Particularités et exceptions</b>              | <p><b>Prix de journée</b><br/>Le « prix de journée » comprend les coûts de tous les services que requiert l'état de santé du travailleur durant son séjour en établissement de santé, incluant les prothèses.</p> <p><b>Première journée d'hospitalisation</b><br/>Seuls les services ambulatoires (codes 01 à 08, sauf le code 04, de l'annexe 1 <a href="#">de la Circulaire sur les tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durées ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation (03.01.42.19)</a>), lorsqu'ils sont fournis à un patient le jour de son admission, peuvent être facturés en plus du « prix de journée ».</p> <p>Lorsque deux services ambulatoires ou plus (codes 01 à 08) sont offerts le même jour dans le même hôpital, un seul service peut être facturé par l'hôpital (le service ayant le taux le plus élevé). Toutefois, un service ambulatoire peut être facturé en plus d'un service diagnostic à l'exception de la chirurgie d'un jour.</p> <p><b>Chirurgie d'un jour [services ambulatoires] (code 08), d'une part; prothèse (code 09), d'autre part</b><br/>Lorsqu'une chirurgie d'un jour est réalisée dans le cadre de services ambulatoires, seule la prothèse peut être facturée en sus.</p> <p><b>Médicaments (code 97)</b><br/>Les tarifs des services n'incluent pas le coût des médicaments, à l'exception de la chirurgie d'un jour, des épidurales, des épidurales sous fluoroscopie, des blocs facettaires sous fluoroscopie et des agents de contraste utilisés en imagerie médicale. Les médicaments doivent être facturés à leur prix réel.</p> |