

Guide administratif

APPLICATION DU RÈGLEMENT SUR LES SERVICES DE SANTÉ, L'ÉQUIPEMENT ADAPTÉ ET LES AUTRES FRAIS

Intervenants de la santé du réseau privé offrant les soins, les traitements et les services professionnels suivants :

- Acupuncture
- Chiropratique
- Podiatrie
- Psychologie
- Neuropsychologie
- Psychothérapie
- Orthophonie
- Soins infirmiers à domicile
- Inhalothérapie à domicile
- Examens de laboratoire

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION	4
1. SERVICES DE SANTÉ	5
2. RÈGLEMENT SUR LES SERVICES DE SANTÉ, L'ÉQUIPEMENT ADAPTÉ ET LES AUTRES FRAIS	6
2.1 Soins, traitements et services professionnels couverts par le Règlement	6
2.2 Orthophonie	7
2.3 Soins à domicile	7
2.3.1 Inhalothérapie à domicile	7
2.4 Conditions relatives au paiement	8
3. ATTRIBUTION D'UN NUMÉRO DE FOURNISSEUR PAR LA CNESST	10
4. FACTURATION DES SOINS, DES TRAITEMENTS ET DES SERVICES PROFESSIONNELS	11
4.1 Utilisation des formulaires	11
Comment remplir le <i>Compte de soins et traitements</i> (2268)	12
Comment remplir le <i>Compte de soins ou de services de psychologie ou de psychothérapie</i> (5008)	17
5. SOINS, TRAITEMENTS ET SERVICES PROFESSIONNELS REÇUS HORS DU QUÉBEC	20
ANNEXE	
Codes et tarifs des soins, traitements et services professionnels	21

AVANT-PROPOS

Depuis le 6 avril 2022, le fournisseur désirant fournir des biens et services aux bénéficiaires de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP) doit obtenir et maintenir le statut de fournisseur autorisé (ci-après le « fournisseur ») par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). La procédure est décrite à la section 3.

Ce guide est destiné aux intervenantes et intervenants de la santé du réseau privé qui fournissent les soins, les traitements ou les services professionnels suivants :

- Acupuncture • Podiatrie • Chiropratique
- Orthophonie • Psychologie • Psychothérapie • Neuropsychologie
- Soins infirmiers à domicile • Soins d'inhalothérapie à domicile
- Examens de laboratoire

Il a pour but de les informer des modalités d'application du *Règlement sur les services de santé, l'équipement adapté et les autres frais*.

Ce règlement a été adopté en vertu des pouvoirs de réglementation dévolus à la CNESST par la LATMP.

Le *Règlement sur les services de santé, l'équipement adapté et les autres frais* (ci-après le « Règlement ») repose sur un principe fondamental : lorsqu'un travailleur subit une lésion professionnelle, la loi lui reconnaît notamment :

- le droit aux services de santé, à l'équipement adapté et aux autres frais que requiert son état en raison de cette lésion ;
- le droit au retour au travail.

Pour que ces droits soient pleinement respectés, il importe que tout soit mis en œuvre de manière à optimiser le suivi médical et administratif du dossier du travailleur.

On trouvera dans ce guide des indications utiles sur :

- les soins, les traitements et les services professionnels couverts par le *Règlement* ;
- les conditions à respecter lorsqu'on fournit des soins, des traitements ou des services professionnels à un travailleur ayant subi une lésion professionnelle ;
- l'attribution d'un numéro de fournisseur autorisé par la CNESST ;
- la facturation des soins, des traitements et des services professionnels ;
- les tarifs en vigueur.

En se conformant aux modalités d'application énoncées dans le guide, l'intervenant de la santé s'assure de respecter les conditions de paiement prévues au *Règlement* et de transmettre à la CNESST tous les renseignements nécessaires à un traitement prompt et efficace de ses factures.

INTRODUCTION

Les services de santé visent avant tout à permettre aux travailleurs ayant subi une lésion professionnelle de recevoir les soins, les traitements et les services professionnels que nécessite leur état en raison de leur lésion professionnelle. Pour que cet objectif soit atteint, les divers acteurs ont un rôle et des responsabilités à assumer. La professionnelle ou le professionnel de la santé qui a charge du travailleur a la responsabilité de décider de la nature, de la nécessité, de la suffisance et de la durée des traitements. Il lui appartient donc de prescrire les traitements appropriés, de fournir au travailleur les attestations pertinentes et d'informer régulièrement la CNESST de l'évolution de l'état de santé du travailleur. Pour ce faire, il doit pouvoir compter sur la collaboration soutenue des intervenants de la santé qui fournissent les soins, les traitements et les services professionnels.

La **CNESST** doit décider de l'admissibilité de la réclamation pour une lésion professionnelle. Si elle accepte la réclamation, elle prend à sa charge les services de santé, l'équipement adapté et les autres frais et paie, en l'occurrence, les soins, les traitements et les services professionnels fournis selon les conditions prévues au *Règlement* et expliquées dans ce guide.

De son côté, le **travailleur** a la responsabilité de se présenter à ses séances de traitement et d'aviser l'intervenant de la santé de toute nouvelle information pertinente concernant les aspects administratifs ou médicaux de son dossier. Le travailleur doit s'assurer que sa réclamation est acceptée par la CNESST et vérifier si les soins, les traitements et les services professionnels sont couverts par le *Règlement* et qu'ils seront payés par la CNESST.

L'**intervenant de la santé** que choisit le travailleur pour les soins, les traitements et les services professionnels prescrits a un rôle déterminant à jouer dans le suivi du dossier. Pour s'acquitter de ses responsabilités, il doit bien connaître le *Règlement* et se soucier d'en respecter le contenu et les règles d'application. Il doit vérifier si la réclamation est acceptée par la CNESST. L'intervenant de la santé doit indiquer au travailleur si les soins, les traitements ou les services professionnels fournis sont couverts par le *Règlement* et payés par la CNESST.

Les **ordres professionnels** doivent assurer la protection du public et la qualité des services professionnels fournis par les intervenants de la santé.

1. SERVICES DE SANTÉ

Selon la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, les services de santé consistent en ce qui suit :

- les services assurés en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie*, à l'exception de l'équipement adapté visé à l'article 198.1 ;
- les services fournis par un établissement du réseau de la santé et des services sociaux du Québec (exemples : centre hospitalier, CLSC);
- les médicaments et les autres produits pharmaceutiques, selon les conditions et les cas prévus par règlement ;
- les services de réadaptation physique, selon les conditions et les cas prévus par règlement (exemples : physiothérapie, ergothérapie, soins à domicile);
- les autres services, selon les conditions et les cas prévus par règlement (exemples : acupuncture, psychologie).

2. RÈGLEMENT SUR LES SERVICES DE SANTÉ, L'ÉQUIPEMENT ADAPTÉ ET LES AUTRES FRAIS

Le *Règlement sur les services de santé, l'équipement adapté et les autres frais* concerne notamment les soins, les traitements et les services professionnels fournis par les intervenantes et intervenants de la santé du réseau privé et l'équipement adapté nécessaire pour traiter la lésion professionnelle ou pour compenser les limitations fonctionnelles découlant de cette lésion.

Il importe de préciser que ce guide ne présente que les soins, les traitements et les services professionnels prévus au *Règlement*. Ainsi, l'équipement adapté prévu au *Règlement* est présenté dans d'autres guides¹.

Dans le cadre du *Règlement*, on entend par intervenant de la santé un membre d'un ordre professionnel régi par le *Code des professions* qui fournit des soins, des traitements et des services professionnels prévus au *Règlement*. À certaines conditions bien précises, les traitements reçus dans des établissements de santé privés ou publics hors Québec sont aussi couverts par le *Règlement* (voir le chapitre 5).

2.1 Soins, traitements et services professionnels couverts par le Règlement

Voici les soins, les traitements et les services professionnels qui sont couverts par le *Règlement* :

- l'acupuncture;
- la chiropratique;
- l'ergothérapie²;
- l'orthophonie;
- la physiothérapie²;
- la podiatrie;
- la psychologie;
- la psychothérapie;
- la neuropsychologie;
- les soins à domicile (chiropratique, physiothérapie, soins infirmiers, inhalothérapie);
- les examens de laboratoire.

Les soins, les traitements et les services professionnels qui sont fournis par des intervenantes et intervenants de la santé dans le réseau privé et qui ne sont pas prévus au *Règlement* ne font pas partie des services de santé. Par conséquent, ils ne sont pas payés par la CNESST.

1 Voir le *Guide du Règlement sur les services de santé, l'équipement adapté et les autres frais : Fournisseurs d'aides techniques*, le *Guide du Règlement sur les services de santé, l'équipement adapté et les autres frais : Fournisseurs de prothèses et d'orthèses* et le *Guide du Règlement sur les services de santé, l'équipement adapté et les autres frais : Audioprothésistes et audiologistes*.

2 Voir le *Guide du Règlement sur les services de santé, l'équipement adapté et les autres frais : Physiothérapie et ergothérapie*.

2.2 Orthophonie

Dans le cadre du *Règlement*, les services professionnels d'orthophonie comprennent uniquement les interventions servant au diagnostic, à l'analyse de besoins et à l'évaluation de moyens de suppléance.

Les orthophonistes doivent recommander, s'il y a lieu, l'utilisation des aides à la communication prévues au *Règlement*. La responsabilité de recommander l'achat d'imagiers et de tableaux de communication revient à l'orthophoniste auquel la professionnelle ou le professionnel de la santé qui a charge du travailleur a adressé ce dernier.

Pour connaître le coût et les aides techniques prévues au *Règlement*, consultez le guide administratif à l'intention des fournisseurs d'aides techniques.

2.3 Soins à domicile

Il peut arriver que le travailleur soit dans l'impossibilité de se déplacer en raison de sa lésion professionnelle. Dans ce cas précis, la professionnelle ou le professionnel de la santé qui a charge du travailleur peut prescrire des soins à domicile. Après avoir obtenu l'autorisation de la CNESST, une ou un intervenant de la santé peut donner de tels soins si le travailleur lui a remis une ordonnance en ce sens.

Les soins et traitements pouvant être donnés à domicile en vertu du *Règlement* sont les suivants :

- soins infirmiers;
- traitements chiropratiques;
- traitements de physiothérapie;
- soins d'inhalothérapie.

2.3.1 Inhalothérapie à domicile

Les soins d'inhalothérapie à domicile sont fournis à la fréquence prescrite par le professionnel de la santé qui a charge. Après la première séance, l'inhalothérapeute doit remplir un rapport d'évaluation. Un rapport de suivi doit être produit seulement à la demande de la CNESST. Tous les rapports d'inhalothérapie à domicile doivent :

- être rédigés à l'aide du formulaire *Inhalothérapie à domicile – Rapport d'évaluation ou de suivi*, disponible sur le site Web de la CNESST;
- être transmis à la CNESST et au professionnel de la santé qui a charge dans les 15 jours suivant l'évaluation initiale ou la demande de rapport.

Lorsqu'un rapport n'est pas reçu dans le délai de 15 jours, la CNESST cesse le paiement des soins. Les soins donnés après le délai de 15 jours seront comptabilisés par la CNESST, mais ne seront payés qu'après réception du rapport.

2.4 Conditions relatives au paiement

Voici les conditions à respecter pour que les soins, les traitements et les services professionnels soient payés par la CNESST :

- les soins, les traitements et les services professionnels doivent être prévus au *Règlement* ;
- les soins, les traitements et les services professionnels doivent être rendus nécessaires par l'état du travailleur en lien avec sa lésion professionnelle. Le travailleur doit être en mesure de préciser la date de l'événement et, si possible, de fournir le numéro de son dossier relatif à la santé et la sécurité du travail à la CNESST ;
- les soins, les traitements et les services professionnels, avant d'être fournis, doivent être prescrits par la professionnelle ou le professionnel de la santé qui a charge du travailleur ;
- l'intervenante ou l'intervenant de la santé qui fournit les soins, les traitements et les services professionnels doit être un membre titulaire d'un permis valide des ordres professionnels concernés ;
- l'intervenante ou l'intervenant de la santé doit détenir un numéro individuel de fournisseur de services ou appartenir à un groupe qui détient un numéro de fournisseur attribué par la CNESST ;
- les montants réclamés à la CNESST ne doivent pas excéder les montants prévus au *Règlement* ;
- le compte relatif à des frais prévus au *Règlement* doit être transmis à la CNESST dans les 180 jours qui suivent la date de la dispensation du service, du soin ou du traitement.

Le tarif prévu au *Règlement* inclut les frais de déplacement et de séjour qui peuvent être engagés pour fournir des soins ou des traitements.

Le tarif inclut également les radiographies et les fournitures utilisées pour donner les soins ou les traitements.

Pour les soins de psychologie, de psychothérapie et de neuropsychologie, des modalités particulières s'appliquent.

- La CNESST paie les soins de psychologie, de psychothérapie et de neuropsychologie si elle et la professionnelle ou le professionnel de la santé qui a charge du travailleur ont reçu pour ce dernier un rapport d'évaluation et, lorsqu'il y a intervention, un rapport d'évolution, le cas échéant, et un rapport final d'intervention.
- Le temps alloué à la rédaction des rapports doit être inscrit au compte de soins ou de services de psychologie ou de psychothérapie. Pour être payable, ce temps ne doit pas dépasser les limites suivantes :
 - a) rapport d'évaluation :
 - psychologie et psychothérapie : deux heures,
 - neuropsychologie : huit heures;
 - b) rapport d'évolution : une heure;
 - c) rapport final : deux heures.
- Un rapport d'évolution doit être rédigé pour chaque période de six heures ou, au maximum, après douze heures ou trois mois d'intervention.
- Lorsque l'intervention se termine avant qu'un rapport d'évolution ne doive être produit, seul un rapport final d'intervention doit être transmis.
- Les rapports doivent être transmis dans les quinze (15) jours qui suivent la date de la dernière rencontre qui donne lieu au rapport.
- Tout rapport doit contenir les informations prévues à l'annexe V du *Règlement sur les services de santé, l'équipement adapté et les autres frais* et être signé par le psychologue ou le psychothérapeute qui a fourni les soins.

3. ATTRIBUTION D'UN NUMÉRO DE FOURNISSEUR PAR LA CNESST

Tous les fournisseurs qui désirent offrir des biens ou services aux travailleurs victimes de lésions professionnelles doivent obtenir un numéro de fournisseur et inscrire ce numéro sur leur formulaire de facturation.

Ce numéro permet :

- d'être autorisé à agir en tant que fournisseur de biens et services destinés aux victimes de lésions professionnelles;
- de rembourser les factures produites par le fournisseur;
- de faciliter nos communications.

Pour connaître la procédure d'obtention d'un numéro de fournisseur, nous vous invitons à consulter le site Web de la CNESST ou à communiquer avec la CNESST à l'adresse suivante :

**Commission des normes, de l'équité,
de la santé et de la sécurité du travail**

Service de la gestion des fournisseurs
1600, avenue D'Estimauville
C. P. 1250, Succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 0K3

Numéro de téléphone : 1 844 838-0808

Numéro de télécopieur : 450 377-6090

4. FACTURATION DES SOINS, DES TRAITEMENTS ET DES SERVICES PROFESSIONNELS

En vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, toutes les factures doivent être adressées à la CNESST. Un fournisseur ne doit en aucun cas faire payer au travailleur les services qui font partie des services de santé. En effet, l'article 194 de la LATMP se lit comme suit :

« Le coût des services de santé est à la charge de la CNESST.

Aucun montant ne peut être réclamé au travailleur pour une prestation de services de santé à laquelle il a droit en vertu de la présente loi et aucune action à ce sujet n'est reçue par une cour de justice. »

Pour un service efficace, la réclamation peut être transmise à la CNESST via le [service électronique d'envoi de document](#).

L'intervenant de la santé doit conserver l'ordonnance de la professionnelle ou du professionnel de la santé qui a charge du travailleur. La CNESST peut demander à ce que l'ordonnance lui soit transmise.

À noter qu'il est de la responsabilité du fournisseur de facturer les taxes lorsqu'elles sont applicables. Si c'est le cas, le fournisseur devra alors inscrire sur le compte le montant des taxes ainsi que les numéros d'inscription à la TPS et à la TVQ.

4.1 Utilisation des formulaires

Pour la facturation des soins, des traitements et des services professionnels d'acupuncture, de chiropratique, d'orthophonie, de podiatrie, de soins infirmiers ou de soins d'inhalothérapie à domicile et d'examen de laboratoire, le formulaire numéro 2268, intitulé *Compte de soins et traitements* (reproduit à la page suivante) peut être utilisé.

Pour la facturation des soins de psychologie ou de psychothérapie, le formulaire numéro 5008 intitulé *Compte de soins ou de services de psychologie ou de psychothérapie* (reproduit à la page 18) peut être utilisé.

Ces formulaires sont disponibles sur le [site Web](#) et dans les [bureaux](#) de la CNESST.

■ À inscrire dans la partie supérieure gauche :

Fournisseur		Renseignements sur le travailleur							
Nom et prénom du fournisseur		N° de permis		Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Prénom		Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Téléphone		Télécopieur		N° de dossier du travailleur					
N° du fournisseur		N° d'assurance maladie							
Individuel		De groupe		Date de naissance					
Date de l'ordonnance (verso)		Date de l'événement d'origine		Date de la récurrence, rechute ou aggravation					
N° de permis		N° de facture du fournisseur		Période					
Date de l'ordonnance (verso)		Du		Au					
N° de permis		Date de l'ordonnance (verso)		Période					
N° de facture du fournisseur		Du		Au					

AF

> Renseignements concernant le fournisseur

- Nom et prénom du fournisseur
- Numéro de permis du fournisseur attribué par son ordre professionnel
- Numéros de téléphone et de télécopieur du fournisseur
- Numéros du fournisseur individuel et de groupe, s'il y a lieu. Ces numéros sont attribués par le Service de la gestion des fournisseurs (référer à la page 11)

> Renseignements concernant la professionnelle ou le professionnel de la santé prescripteur

- Numéro du permis de la professionnelle ou du professionnel de la santé prescripteur attribué par son ordre professionnel
- Date de l'ordonnance médicale

> Renseignements concernant les soins et traitements

- Numéro de facture du fournisseur : ce numéro correspond au numéro de facture du système comptable du fournisseur. Ce numéro permet d'établir un lien entre le formulaire CNESST et le système comptable du fournisseur
- Période : inscrire la période couverte pour des soins, des traitements et des services professionnels fournis au travailleur et facturés sur le compte. Ex. : du 2013-04-15 au 2013-04-30

■ À inscrire dans la partie supérieure droite :

Fournisseur		Renseignements sur le travailleur			
Nom et prénom du fournisseur	N° de permis	Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Téléphone	Télécopieur	N° de dossier du travailleur			
N° du fournisseur		N° d'assurance maladie			
Individuel	De groupe	Date de naissance	A A A A	M M	J J
Professionnel de la santé prescripteur		Date de l'événement d'origine	A A A A	M M	J J
N° de permis	Date de l'ordonnance (verso)	Date de la récurrence, rechute ou aggravation	A A A A	M M	J J
Soins et traitements					
N° de facture du fournisseur	Du	A A A A M M J J			
	Période	A A A A M M J J			
	Au	A A A A M M J J			

AF

> Renseignements concernant le travailleur

- Nom de famille (selon l'acte de naissance) et prénom
- Sexe (masculin ou féminin)
- Numéro du dossier du travailleur
- Numéro d'assurance maladie
- Date de naissance
- Date de l'événement d'origine
- Date de la récurrence, de la rechute ou de l'aggravation (s'il y a lieu)

■ À inscrire dans la partie centrale du formulaire :

SOINS ET TRAITEMENTS																											
Nombre (verso)	Code (verso)	Description																				Coût unitaire	Code de taxe* (verso)	Montant réclamé (avant taxes)			
																								Sous-total			
																								N° TPS		Total TPS*	
																								N° TVQ		Total TVQ*	
																								*Si applicable		Total	

Renseignements complémentaires																											

Date des soins et traitements fournis (indiquer par un X ou un √)																																
Année	Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

> Soins et traitements

- Nombre : inscrire le nombre de soins, de traitements ou de services professionnels fournis
- Code : inscrire le code correspondant aux soins, traitements et services professionnels fournis (consulter l'annexe du guide pour connaître le code)
- Description : inscrire le type de soins, de traitements et de services professionnels fournis
- Coût unitaire : inscrire le tarif applicable (voir l'annexe du guide)
- Code de taxes : si le soin, le traitement ou le service professionnel est taxable, indiquer le code de taxes apparaissant au verso du formulaire
- Montant réclamé (avant taxes)
- Numéros de TPS et de TVQ : indiquer les numéros d'inscription à la TPS et à la TVQ
- Total : inscrire le montant total de la réclamation, y compris les taxes

> Renseignements complémentaires

- Inscrire toutes informations que vous jugez pertinentes et utiles à la réclamation

> Date des soins et traitements fournis

- Indiquer par un X ou un √ toutes les dates des soins et traitements fournis et facturés sur le compte

■ À inscrire dans la partie inférieure du formulaire :

Signature du fournisseur	Signature du travailleur
Je reconnais avoir fourni les soins et traitements inscrits ci-dessus. X	Je reconnais avoir reçu les soins et traitements inscrits ci-dessus. X

- Le fournisseur doit apposer sa signature sur le formulaire et reconnaître ainsi avoir fourni les soins, les traitements et les services professionnels inscrits sur le compte.
- Il est nécessaire d'obtenir la signature du travailleur indiquant qu'il a reçu les soins, les traitements et les services professionnels inscrits sur le compte. Cette signature confirme que le travailleur a bien reçu le service.

Comment remplir le *Compte de soins ou de services de psychologie ou de psychothérapie (5008)*



COMPTE DE SOINS OU DE SERVICES DE PSYCHOLOGIE
OU DE PSYCHOTHÉRAPIE
Santé et sécurité du travail

PC-

Inscrivez les informations dans les champs appropriés.

Renseignements sur le travailleur	
Nom de famille (selon l'acte de naissance) et prénom	N° de dossier du travailleur
Adresse	N° d'assurance maladie
Ville	Date de naissance
Code postal	Date de l'événement d'origine ¹
N° de téléphone	Date de récidive, rechute ou aggravation ²
Poste	
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

Renseignements sur le psychologue ou le psychothérapeute	
Nom et prénom	
Adresse	N° de permis du psychologue ou du psychothérapeute
Ville	N° de fournisseur
Code postal	Individuel
N° de téléphone	De groupe
Poste	

Professionnel de la santé qui a charge du travailleur (s'il y a lieu)	
Ordonnance ³ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	N° de permis d'exercice
Si vous avez répondu oui, remplissez cette section.	
Nom et prénom du professionnel de la santé	Date de l'ordonnance

Évaluation psychologique ou psychothérapeutique						
Soins ou services fournis ⁴	Description	Code	N ^{bre} d'heures ⁶	Taux horaire	TOTAL	
Du	Rencontres d'évaluation ⁵	1301				
Au	Temps de rédaction du rapport d'évaluation	1311				

Intervention psychologique ou psychothérapeutique						
Soins ou services fournis ⁴	Descriptions	Code	N ^{bre} d'heures ⁶	Taux horaire	TOTAL	
Du	Rencontres d'intervention ⁵	1302				
Au	Temps de rédaction du rapport d'évolution	1312				
	Temps de rédaction du rapport final	1313				
				Sous-total		
				N° TPS	Total TPS*	
				N° TVQ	Total TVQ*	
				* si applicable (Code 1399)	TOTAL	

Signature du psychologue ou du psychothérapeute	
Je certifie avoir fourni les soins ou services indiqués ci-dessus	

CNEST WEB 5 0 0 8 (2021-01)

Enregistrer sous

Imprimer

■ Section « Identification du travailleur »

Renseignements sur le travailleur	
Nom de famille (selon l'acte de naissance) et prénom	N° de dossier du travailleur
Adresse	N° d'assurance maladie
Ville	Date de naissance
Code postal	Date de l'événement d'origine ¹
N° de téléphone	Date de récurrence, rechute ou aggravation ²
Poste	
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

> À gauche du formulaire :

- Nom à la naissance et prénom
- Adresse, ville, code postal
- Numéro de téléphone, poste
- Sexe

> À droite du formulaire :

- Numéro de dossier du travailleur
- Numéro d'assurance maladie
- Date de naissance
- Date de l'événement
- Date de récurrence, de rechute ou d'aggravation

■ Section « Identification du psychologue ou du psychothérapeute »

Renseignements sur le psychologue ou le psychothérapeute	
Nom et prénom	
Adresse	N° de permis du psychologue ou du psychothérapeute
Ville	N° de fournisseur
Code postal	Individuel
N° de téléphone	De groupe
Poste	

> À gauche du formulaire :

- Nom et prénom
- Adresse, ville, code postal
- Numéro de téléphone, poste

> À droite du formulaire :

- Numéro de permis du psychologue ou du psychothérapeute
- Numéro de fournisseur (individuel ou de groupe)

■ Section « Identification de la professionnelle ou du professionnel de la santé qui a charge du travailleur » (s'il y a lieu)

Professionnel de la santé qui a charge du travailleur (s'il y a lieu)	
Ordonnance ³ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si vous avez répondu oui, remplissez cette section.	N° de permis d'exercice <input type="text"/>
Nom et prénom du professionnel de la santé	Date de l'ordonnance <input type="text"/>

- Cochez si les soins ou les services de psychologie ou de psychothérapie font suite à une ordonnance médicale.

Si oui, inscrivez les renseignements :

- nom et prénom de la professionnelle ou du professionnel de la santé;
- numéro de permis d'exercice;
- date de l'ordonnance.

■ Sections « Évaluation psychologique ou psychothérapeutique » et « Intervention psychologique ou psychothérapeutique »

Évaluation psychologique ou psychothérapeutique						
Soins ou services fournis ⁴	Description	Code	N ^{bre} d'heures ⁶	Taux horaire	TOTAL	
Du <input type="text"/>	Rencontres d'évaluation ⁵	1301	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Au <input type="text"/>	Temps de rédaction du rapport d'évaluation	1311	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Intervention psychologique ou psychothérapeutique						
Soins ou services fournis ⁴	Descriptions	Code	N ^{bre} d'heures ⁶	Taux horaire	TOTAL	
Du <input type="text"/>	Rencontres d'intervention ⁵	1302	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Au <input type="text"/>	Temps de rédaction du rapport d'évolution	1312	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Temps de rédaction du rapport final	1313	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

- Indiquez la période au cours de laquelle les soins ou les services ont été fournis. Cette période doit être identique à la période indiquée dans les rapports correspondants (évaluation, évolution, final).
- Indiquez le nombre d'heures et de minutes consacrées aux soins et aux services fournis (codes 1301 et 1302) ainsi que le nombre d'heures et de minutes consacrées à la rédaction de chaque type de rapport (code 1311 pour le rapport d'évaluation; code 1312 pour le rapport d'évolution et code 1313 pour le rapport final).
- Indiquez le taux horaire et le total réclamé.
- Assurez-vous que le psychologue ou le psychothérapeute a apposé sa signature et la date.

5. SOINS, TRAITEMENTS ET SERVICES PROFESSIONNELS REÇUS HORS DU QUÉBEC

Le *Règlement* prévoit deux situations où des soins, des traitements et des services professionnels peuvent être reçus hors du Québec :

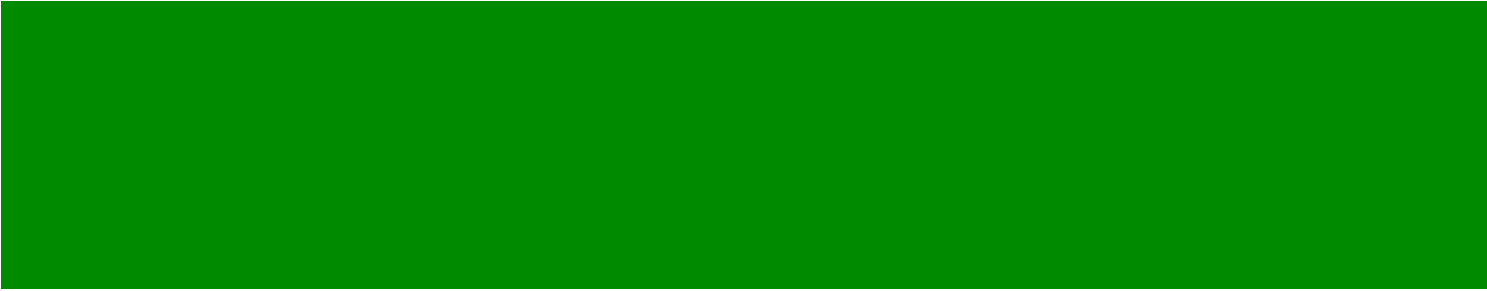
- 1° La lésion professionnelle du travailleur est survenue dans une région frontalière du Québec³. En pareil cas, les soins, les traitements et les services professionnels doivent avoir été préalablement autorisés par la CNESST, qui les paiera jusqu'à concurrence des montants prévus au *Règlement*.
- 2° La lésion professionnelle du travailleur est survenue hors du Québec. Dans ce cas, le paiement des soins, des traitements et des services professionnels n'est pas assujéti à l'autorisation préalable de la CNESST. Il faut toutefois :
 - présenter toutes les pièces justificatives qui pourraient être utiles au traitement de la réclamation;
 - fournir une attestation d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé démontrant la nécessité des soins, des traitements et des services professionnels facturés.

Les soins, les traitements et les services professionnels sont alors payés selon leur « coût réel ».

³ Par « région frontalière », on entend une partie du territoire du Québec incluse dans un rayon de 80 km à partir d'un point de contact avec l'Ontario, le Nouveau-Brunswick ou Terre-Neuve-et-Labrador.

Codes et tarifs des soins, traitements et services professionnels

Description	Code	Tarif
Acupuncture		
• Par séance	1000	58,82 \$
Chiropratique		
• Traitement en clinique (coût des radiographies inclus)	1100	44,38 \$
• Traitement à domicile	1101	67,08 \$
Description	Code	Tarif
Orthophonie		
• Par séance	1610	87,72 \$
Podiatrie		
• Par séance	1200	58,82 \$
Psychologie, psychothérapie et neuropsychologie		
• Rencontres d'évaluation (tarif horaire)	1301	111,46 \$/h
• Rencontres d'intervention (tarif horaire)	1302	111,46 \$/h
• Temps de rédaction du rapport d'évaluation (tarif horaire)	1311	111,46 \$/h
• Temps de rédaction du rapport d'évolution (tarif horaire)	1312	111,46 \$/h
• Temps de rédaction du rapport final (tarif horaire)	1313	111,46 \$/h
Soins infirmiers à domicile		
• Par séance	1400	70,69 \$
Inhalothérapie à domicile		
• Par séance (durée de 60 minutes)	5555	168,60 \$
• Rapport d'évaluation	5556	30,00 \$
• Rapport de suivi	5557	30,00 \$
Examens de laboratoire		
• Par unité technique	1700	1,82 \$



Ce document est réalisé par la Direction générale de l'expertise en réparation, en collaboration avec la Direction générale des communications.

Cette publication n'a aucune valeur juridique, et ne saurait donc remplacer les textes de lois et de règlements.

L'impression ou la présentation à l'écran de ce document sont autorisées pour un usage personnel ou un usage non commercial dans un contexte de formation ou d'information. Il est interdit de le modifier ou d'en extraire les photographies, les illustrations ou le logo de la CNESST. Pour toute autre situation, veuillez nous écrire à droitdauteur@cnesst.gouv.qc.ca.

© Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2026

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISBN 978-2-555-02957-6 (PDF)



Pour nous joindre
cnesst.gouv.qc.ca
1 844 838-0808