

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	<input type="text"/>
Adresse		N° d'assurance maladie	<input type="text"/>
Ville	Code postal	Date de naissance	<input type="text"/>
N° de téléphone	Poste	Date de l'événement d'origine ¹	<input type="text"/>
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de récidive, rechute ou aggravation ²	<input type="text"/>

Renseignements sur le psychologue ou le psychothérapeute			
Nom et prénom			
Adresse		N° de permis du psychologue ou du psychothérapeute	<input type="text"/>
Ville	Code postal	N° de fournisseur	
N° de téléphone	Poste	Individuel	De groupe

Médecin 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 médecin	Date de l'ordonnance <input type="text"/>

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"/>	

	Sous-total	<input type="text"/>
N° TPS	Total TPS*	<input type="text"/>
N° TVQ	Total TVQ*	<input type="text"/>
* si applicable (Code 1399)	TOTAL	<input type="text"/>

Signature du psychologue ou du psychothérapeute

Je certifie avoir fourni les soins ou services indiqués ci-dessus

Notes explicatives

Ce formulaire sert à la facturation des soins ou des services de psychologie ou de psychothérapie fournis par un psychologue membre de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) ou par un titulaire d'un permis de psychothérapeute délivré par l'OPQ.

Le compte doit être transmis directement à la CNESST par le fournisseur. Aucune somme ne peut être réclamée au travailleur ou à la travailleuse par le fournisseur (Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, art. 194).

1. Date de l'événement d'origine :

Vous trouverez la date dans le formulaire de demande de soins de psychologie ou de psychothérapie à la suite d'une ordonnance en assistance médicale ou dans le contrat de services professionnels et son annexe.
2. Date de récurrence, rechute ou aggravation :

Vous trouverez la date dans le formulaire de demande de soins de psychologie ou de psychothérapie à la suite d'une ordonnance en assistance médicale ou dans le contrat de services professionnels et son annexe.
3. Ordonnance :

Joignez l'original de l'ordonnance médicale au compte de soins ou de services de psychologie ou de psychothérapie, s'il y a lieu.
4. Soins ou services fournis :

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).
5. Rapports :

La CNESST paie les soins de psychologie ou de psychothérapie, au tarif prévu par le Règlement sur l'assistance médicale, à la réception des rapports exigés (évaluation, évolution et final).

Un rapport d'évolution est exigé après chaque période de 10 heures d'intervention.

Si la durée de l'intervention est de 10 heures ou moins, seul un rapport final est exigé.

Chaque rapport doit être remis à la CNESST dans les 15 jours qui suivent la date de la dernière rencontre faisant l'objet du rapport.

Lorsqu'il y a eu ordonnance, une copie de chaque rapport doit aussi être transmise au médecin qui a charge du travailleur.

On trouvera les gabarits des rapports dans le site Web de la CNESST, section Santé et sécurité du travail, onglet Professionnels de la santé.
6. Nombre d'heures :

Indiquez le nombre d'heures et de minutes.

Le temps de rédaction payable des rapports 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.

Informations communes aux rapports.
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	<input type="text"/>
Adresse		N° d'assurance maladie	<input type="text"/>
Ville	Code postal	Date de naissance	<input type="text"/>
N° de téléphone	Poste	Date de l'événement d'origine	<input type="text"/>
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de récidence, rechute ou aggravation	<input type="text"/>

Renseignements sur le psychologue ou le psychothérapeute			
Nom et prénom			
Adresse		N° de permis du psychologue ou du psychothérapeute	<input type="text"/>
Ville	Code postal	N° de fournisseur	<input type="text"/>
N° de téléphone	Poste	Individuel	<input type="text"/> De groupe <input type="text"/>

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

Signature du psychologue ou du psychothérapeute
<input type="text"/>

Veillez utiliser le document Word pour le reste du rapport et joindre le document imprimé à ce formulaire.