



Guide administratif

RELATIF AU COMPTE DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PUBLIC

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

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

cnesst.gouv.qc.ca

CNESST

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

La photo publiée dans ce document a été prise avant la pandémie de COVID-19. Il se peut que les mesures de distanciation sociale n'y soient pas respectées.

Reproduction autorisée avec mention de la source

© Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2021

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN 978-2-550-89393-6 (PDF)

Mai 2021

Pour obtenir l'information la plus à jour,
consultez notre site Web à **cnesst.gouv.qc.ca**.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
1. Avant-propos	4
1.1. Clientèle visée	4
Établissements de santé publics	4
Établissements de santé privés conventionnés	4
1.2. Objet du guide	4
1.3. Assises légales	5
2. Lexique	6
Services ambulatoires	6
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)	7
Chirurgie d'un jour (code 08)	7
3. Facturation à la CNESST	8
3.1. Principes de base	8
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
3.2. Comment remplir le formulaire Compte de l'établissement de santé public	11
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 CNESST	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 : Professionnel de la santé 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
4. Envoi du formulaire <i>Compte de l'établissement de santé public</i>	23
4.1. Envoi électronique	23
Inscription	23
Cahier des charges et certification	23
4.2. Envoi du formulaire papier	23
4.3. Délai de facturation	24
5. Pour joindre la CNESST	25
6. Annexe : Aide-mémoire	26

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 des normes, de l'équité, de la santé et sécurité du travail (CNESST) 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:

Services spécialisés et surspécialisés de réadaptation

Pour la facturation des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation, pour les clientèles traumatisées cranio-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'annexe 1 de la circulaire 2021-021 ([03-01.42.19](#)) pour la tarification et à l'annexe VIII de l'entente-type MSSS-CSST ([03.01.42.06](#)) 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 CNESST 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 CNESST 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 durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes \(03.01.42.19\)](#) et les annexes de la [Circulaire sur les valeurs unitaires \(03.04.01.01\)](#). Le [Manuel de gestion financière des agences de la santé et des services sociaux](#), 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'activités 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). Exception faite pour l'urgence : lorsqu'un usager se présente plus d'une fois à l'urgence, on comptera alors autant de visites que de fois où l'usager a consulté à l'urgence. 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 au 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 nerveux, stellaires, veineux et les blocs facettaires sous fluoroscopie **ne sont pas des chirurgies mineures avec ou sans salle**. Ils ont un code et un tarif distincts (35a, 35b, 35c).

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'utilisateur requiert peu ou pas de surveillance professionnelle et il peut quitter l'établissement peu après l'intervention.

Informations complémentaires

Les blocs nerveux, stellaires, veineux et les blocs facettaires sous fluoroscopie **ne sont pas des chirurgies mineures avec ou sans salle**. Ils ont un code et un tarif distincts (35a, 35b, 35c).

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 ne sont pas des chirurgies d'un jour, mais sont considérés comme des chirurgies mineures. Les blocs nerveux, stellaires, veineux et les blocs facettaires sous fluoroscopie ont un code et un tarif distincts (35a, 35b et 35c).

Informations complémentaires

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

Protocole opératoire

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

3. FACTURATION À LA CNESST

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 CNESST 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 professionnel de la santé dans votre établissement de santé, vous devez écrire le nom du professionnel de la santé 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 santé et sécurité du travail du travailleur à la CNESST 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 durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes \(03.01.42.19\)](#) 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 durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes \(03.01.42.19\)](#) 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 (codes 97 et 97a à 99j) : indiquez le nom du médicament.
- Autres services (non prévus dans la circulaire) (codes 99 et 99a à 99e) : 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

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 durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes \(03.01.42.19\)](#) 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 durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes \(03.01.42.19\)](#).

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 CNESST : 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 CNESST 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 CNESST.

« Rappel de compte »

Le « Rappel de compte » est utilisé dans le contexte où un compte n'a pas encore été traité par la CNESST, c'est-à-dire qu'il a été présenté par l'établissement à la CNESST 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 CNESST, 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 CNESST, 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 CNESST.

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 CNESST, 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 CNESST.

■ Délai de facturation


Pour obtenir un remboursement, un établissement doit avoir présenté son compte (et toute demande de correction) à la CNESST au plus tard le **cent quatre-vingtième (180^e) 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 CNESST 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 CNESST 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 CNESST.

■ N° (Numéro de formulaire)

	COMPTE DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PUBLIC Santé et sécurité du travail N°
---	---

Ce champ est **obligatoire**.

Il s'agit d'un numéro alphanumérique qui comporte sept (7) caractères. Le numéro débute par une lettre suivie de 6 chiffres.

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. Veuillez ne pas utiliser de photocopies d'un formulaire.

Veillez noter que la version PDF du formulaire accessible sur le site Web de la CNESST 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 CNESST

A. Renseignements sur l'établissement de santé qui transmet le compte à la CNESST	
Nom de l'établissement	N° de fournisseur <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

Ce champ est **obligatoire**.

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

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec la CNESST au **1 844 838-0808**.

■ 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 <input type="text"/>

> 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	
Adresse N° Rue App.		N° de dossier du travailleur	<input type="text"/>
Province		Code postal	<input type="text"/>
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		N° de téléphone	<input type="text"/>
		N° d'assurance maladie	<input type="text"/>
		Date de naissance	<input type="text"/>
		Date de l'événement	<input type="text"/>
		Date de récidence, rechute ou aggravation	<input type="text"/>

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

Ce champ est **obligatoire**.

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

> N° de dossier du travailleur

Veillez inscrire, si vous le connaissez, le numéro de dossier santé et sécurité du travail du travailleur à la CNESST. Ce numéro, fourni par la CNESST, 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 : Professionnel de la santé qui a charge du travailleur dans l'établissement de santé

E. Professionnel de la santé qui a charge du travailleur dans l'établissement de santé		
Nom	Prénom	N° de permis

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

> Nom

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

> Prénom

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

> N° de permis

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

Par exemple, dans le cas d'un médecin, ce numéro est fourni par le Collège des médecins du Québec. Il 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	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 professionnel de la santé qui a pris charge du travailleur dans votre établissement ou la raison de la visite médicale.

Exemple : Entorse cervicale.

■ Section G : Hospitalisation

G. Hospitalisation		Type d'hospitalisation					Nombre de jours	Tarif quotidien	Total
Période		Courte durée			Longue durée	Réadaptation			
Du AAAA/MM/JJ	Au AAAA/MM/JJ	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 CNESST 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 durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes \(03.01.42.19\)](#).

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^{er} avril 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**. Veillez 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, veillez 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 CNESST 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 AAAA/MM/JJ	Au 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 1^{er} au 28 février 2011

G. Hospitalisation							
Période		Type d'hospitalisation					Nombre de jours
Du AAAA/MM/JJ	Au 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 durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes \(03.01.42.19\)](#)

> 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 AAAA/MM/JJ	Quantité	Annexe (lettre de l'annexe obligatoire si le code de service est un 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.

Physiothérapie et ergothérapie (codes 30c à 31)

Les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie ainsi que les rapports doivent être facturés avec les codes et tarifs correspondants.

Médicaments (codes 97 et 97a à 97j)

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**, des **blocs stellaires, nerveux ou veineux** 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 durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes \(03.01.42.19\)](#) depuis le 1^{er} 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 durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes \(03.01.42.19\)](#) depuis le 1^{er} mai 2011.

Plâtres en fibre synthétique

Depuis le 1^{er} mai 2011, les établissements de santé ne doivent plus facturer à la CNESST les pansements, les drains, les plâtres, le matériel pour les points de suture et les injections et les 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 AAAA/MM/JJ	Quantité	Annexe (lettre de l'annexe obligatoire si le code de service est un 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 au travailleur 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 durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes \(03.01.42.19\)](#) 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 durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes \(03.01.42.19\)](#) 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 (codes 97, 97a à 97j) : indiquez le nom du médicament.
- Autres services (non prévus dans la circulaire) (codes 99, 99a à 99e) : 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

> 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 durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes \(03.01.42.19\)](#) 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 AAAA/MM/JJ	Quantité	Annexe (lettre de l'annexe obligatoire si le code de service est un 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 AAAA/MM/JJ	Quantité	Type de service	Code du service	Description du service (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 à laquelle 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 CNESST demande des photocopies de documents médicaux (protocoles opératoires, notes cliniques, rapports d'examens radiologiques, etc.).

La CNESST 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.

Veillez inscrire le montant total des taxes.

Exemple :

Date du service AAAA/MM/JJ	Quantité	Type de service	Code du service	Description du service (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 (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 (caractères d'imprimerie)	N° de téléphone	Poste	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 (caractères d'imprimerie)	N° de téléphone	Poste	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 électronique

■ Inscription au Guichet SST

Le Guichet SST vous donne la possibilité d'envoyer des fichiers de facturation électroniques à la CNESST, aux fins du paiement des services fournis dans des cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Il permet également de faire le suivi de vos comptes. Pour vous inscrire au Guichet SST, visitez notre [site Web](#).

■ 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 CNESST. Cette dernière doit certifier tout logiciel conçu par le fournisseur afin de s'assurer de sa conformité aux exigences.

4.2. Envoi du formulaire papier

Il doit être envoyé à la direction régionale de la CNESST de votre région. Pour en connaître l'adresse, veuillez consulter la section « [Nous joindre](#) » du site Web de la CNESST.

Pour obtenir des exemplaires du formulaire, veuillez communiquer directement avec la CNESST au numéro de téléphone suivant : **1 844 838-0808**.

Vous pouvez aussi les télécharger à partir du [site Web](#) de la CNESST.

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

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

4.3. Délai de facturation

L'établissement de santé doit présenter son compte à la CNESST dans **un délai maximal de 180 jours** suivant la date à laquelle le travailleur a reçu les soins, les traitements ou les services. La « Demande de correction » de ce compte doit parvenir à la CNESST 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 CNESST.

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

- Date du service : 1^{er} avril 2011 (La période de 180 jours pour la réception du compte à la CNESST s'étend donc du 1^{er} avril au 28 septembre 2011.)
- Date de réception du compte à la CNESST : 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 CNESST 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 CNESST s'étend donc du 13 janvier au 12 juillet 2011.)
- Date de réception du compte à la CNESST : 29 juillet 2011

Ce compte ne sera pas payé par la CNESST, 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 CNESST est de six mois) est acceptée par la CNESST.

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 CNESST par la poste ou par télécopieur.

Nouveauté : La CNESST 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 nous joindre
cnesst.gouv.qc.ca
1 844 838-0808

DC200-986-9 (2021-05)

Aide-mémoire

COMPTE DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PUBLIC

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

Clientèles visées

• CH, CLSC, CISSS, CIUSSS, CHSLD, CR et établissements privés conventionnés qui facturent à la CNESST

DÉFINITIONS

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). Exception faite pour l'urgence : lorsqu'un usager se présente plus d'une fois à l'urgence, on comptera alors autant de visites que de fois où l'usager a consulté à l'urgence. 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.
Chirurgie mineure sans salle d'opération (code 06)	<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'usager 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 nerveux, stellaires, veineux et les blocs facettaires sous fluoroscopie ne sont pas des chirurgies mineures avec ou sans salle. Ils ont un code et un tarif distincts (35a, 35b, 35c). 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>
Chirurgie mineure en salle d'opération [sans soins infirmiers de jour] (code 07)	<p>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.</p> <p><u>Informations complémentaires</u> : Les blocs nerveux, stellaires, veineux et les blocs facettaires sous fluoroscopie ne sont pas des chirurgies mineures avec ou sans salle. Ils ont un code et un tarif distincts (codes 35a, 35b, 35c). 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>
Chirurgie d'un jour (code 08)	<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 ne sont pas des chirurgies d'un jour, mais sont considérés comme des chirurgies mineures. Les blocs nerveux, stellaires, veineux ou sympathiques et les blocs facettaires sous fluoroscopie ont un code et un tarif distincts (codes 35a, 35b, 35c).</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 CNESST demande le protocole opératoire dans la plupart des cas.</p>
Résumé de dossier (code 96)	La CNESST 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.

FACTURATION À LA CNESST

Codification et tarification	On trouve les codes et les tarifs des services dans les circulaires du MSSS, soit l'annexe 1 de la Circularaire sur les tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes (03.01.42.19) et les annexes de la Circularaire sur les valeurs unitaires (03.04.01.01) . Pour les services non codés, veuillez utiliser le code 99 et préciser le service fourni au travailleur. Voir le guide administratif .
Délai de facturation	Pour obtenir remboursement, un établissement doit avoir présenté son compte (et toute demande de correction) à la CNESST au plus tard le 180^e jour 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 date du service et la date de réception du compte à la CNESST. Deux situations permettent d'être exempté de se conformer à ce délai. Voir le guide administratif .
Rappel de compte et Demande de correction	Le « Rappel de compte » est utilisé dans le contexte où un compte n'a pas encore été traité par la CNESST. La « Demande de correction » est utilisée lorsque l'établissement demande de corriger des renseignements déjà inscrits dans un compte traité par la CNESST. 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 guide administratif .
Données obligatoires	Lorsqu'un champ obligatoire (en rouge sur le compte) n'est pas rempli, la CNESST retourne le compte à l'établissement.
Particularités et exceptions	<p>Prix de journée 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, y compris les prothèses.</p> <p>Première journée d'hospitalisation Seuls les services ambulatoires (codes 01 à 08, sauf le code 04, de l'annexe 1 de la Circularaire sur les tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes (03.01.42.19)), 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). Exception faite pour l'urgence : lorsqu'un usager se présente plus d'une fois à l'urgence, on comptera alors autant de visites que de fois où l'usager a consulté à l'urgence. Toutefois, un service ambulatoire peut être facturé en plus d'un service diagnostic, à l'exception de la chirurgie d'un jour.</p> <p>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.</p> <p>Médicaments (codes 97, 97a à 97j) 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, des blocs stellaires, nerveux ou veineux et des agents de contraste utilisés en imagerie médicale. Les médicaments doivent être facturés à leur prix réel.</p>