

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Chiropratique | <input type="checkbox"/> Podiatrie | <input type="checkbox"/> Examens de laboratoire |
| <input type="checkbox"/> Audiologie | <input type="checkbox"/> Orthophonie | <input type="checkbox"/> Soins infirmiers | |

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

AF

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

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

Notes explicatives

Ce formulaire sert uniquement à la facturation pour les soins et traitements suivant : acupuncture, audiologie, chiropratique, orthophonie, podiatrie, soins infirmiers à domicile, ainsi que pour les examens de laboratoire.

Ordonnance : Vous n'avez plus à transmettre l'ordonnance à la CNESST. Vous devez la conserver au dossier du travailleur et la transmettre à la demande de la CNESST.

Nombre : Indiquer le nombre de soins, traitements fournis. En ce qui a trait aux examens de laboratoire, indiquer le nombre d'unités techniques associées aux examens.

Code : Utiliser les codes correspondants aux soins et traitements apparaissant à la section *annexe* du Guide d'application du Règlement sur l'assistance médicale, destiné aux intervenants de la santé du réseau privé et disponible sur le site Web de la CNESST.

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

Délai de facturation : Le compte relatif à un frais prévu au Règlement sur l'assistance médicale doit être transmis à la CNESST dans les 180 jours qui suivent la date de la dispensation du service, du soin ou du traitement pour être remboursable.

Codes de taxe

Inscrire le code correspondant à la taxe applicable si le bien ou le service est taxable

Code	Taxe(s) applicable(s)	Modalités
F	TPS	Ce code doit être utilisé uniquement lorsque seule la TPS s'applique.
P	TVQ	Ce code doit être utilisé uniquement lorsque seule la TVQ s'applique.
FP	TPS + TVQ	Ce code doit être utilisé lorsque la TPS et la TVQ s'appliquent.