

La CSPAAT a mis en place des programmes de prestation de soins fondés sur les résultats cliniques qui décrivent les traitements qui se sont révélés efficaces pour des lésions et maladies particulières (les « **programmes de soins** »). La CSPAAT a affiché des documents liés à divers programmes de soins sur son site Web, www.wsib.on.ca, notamment des guides de référence, les barèmes d'honoraires et autres documents (la « **documentation du programme de soins** »). Pour accéder à toute la documentation du programme de soins, veuillez utiliser le menu déroulant de l'onglet **Professionnels de la santé** sur le site Web de la CSPAAT.

Veuillez indiquer quel programme de soins vous offrirez. Ceux qui cadrent avec votre spécialité et vos compétences professionnelles :

- Bas du dos Lésions musculo-squelettiques Épaule
 Lésions cérébrales traumatiques bénignes Déficience auditive due au bruit

Répertoire des fournisseurs

Le *répertoire des fournisseurs des programmes de soins* de la CSPAAT contient une liste des professionnels de la santé qui peuvent fournir le programme de soins. Si vous désirez que votre nom soit indiqué dans cette liste, veuillez cocher la case ci-dessous. Pour obtenir d'autres renseignements sur le *répertoire des fournisseurs des programmes de soins*, veuillez appeler la **ligne de renseignements des professionnels de la santé de la CSPAAT au 416-344-4526 ou au 1-800-569-7919**.

Oui. Veuillez publier mes renseignements dans le *répertoire des fournisseurs des programmes de soins* sur le site Web de la CSPAAT.

En cochant la case ci-dessus, je consens à la publication de mon nom, de ma profession et de mes coordonnées d'affaires sur le site Web de la CSPAAT, www.wsib.on.ca, dans la liste des professionnels qui peuvent fournir le programme de soins indiqués ci-dessus. Je conviens que la CSPAAT n'est pas responsable de toute conséquence découlant de l'utilisation par un tiers de ces renseignements. Je reconnais que si je désire apporter des changements à ces renseignements ou les retirer de la liste, je peux le faire en communiquant avec la CSPAAT par courriel à programofcare@wsib.on.ca.

Renseignements sur le professionnel de la santé

Titre	<input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Profession	License/Registration# (Réservé à la CSPAAT)	
Nom : (en caractères d'imprimerie s.v.p.)	Prénom	Nom de famille	Initiales	
Renseignements sur l'établissement ou la clinique	Nom de l'entreprise			
	Adresse			
	Bureau	Ville	Prov.	Code postal
	Téléphone d'affaires		Courriel	
Êtes-vous déjà inscrit dans le répertoire des fournisseurs du programme de soins? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Êtes-vous Inscrit auprès de TELUS, Solutions en santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, veuillez indiquer votre numéro de facturation du fournisseur :				

Déclaration du fournisseur

En signant ci-dessous, je consens à ce qui suit :

- J'ai lu et je comprends toute la documentation du programme de soins affichée sur le site Web de la CSPAAT, en ce qui concerne le programme de soins choisis ci-dessus.
- Je fournirai les soins décrits dans les guides de référence du programme de soins, conformément au document du programme de soins qui pourraient être révisés et mis à jours par la CSPAAT de temps à autre.
- J'ai pris toutes les mesures nécessaires pour obtenir un numéro de fournisseur de la CSPAAT (inscrit comme professionnel de la santé, établissement ou clinique).
- Je facturerais la CSPAAT électroniquement* pour tous les services fournis dans le cadre du programme de soins.

Signature	Date (jj/mm/aaaa)
-----------	-------------------

* Pour obtenir des renseignements concernant la facturation en ligne, visitez le site Web de la CSPAAT, www.wsib.on.ca, et utilisez le menu déroulant de l'onglet **Professionnels de la santé**. Pour vous inscrire à la facturation en ligne et obtenir un numéro de fournisseur à la CSPAAT, visitez le site Web de TELUS Solutions en santé à www.telussante.com/eclaims.

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à : Direction du programme des services de santé et de l'efficacité des fournisseurs de la CSPAAT
 À l'attention de : Programmes de soins
 200, rue Front Ouest, 4^e étage, Toronto ON M5V 3J1

OU TÉLÉCOPIER au :
416-344-2541

Si vous devez déclarer des changements d'adresse, de numéro de téléphone ou d'établissement, veuillez appeler la **ligne de renseignements des professionnels de la santé de la CSPAAT au 416-344-4526 ou au 1-800-569-7919**.