

BARÈME D'HONORAIRES

Médecins

Table des matières

INTRODUCTION

Description des rapports	2
Formulaire Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire (formulaire 2674B)	4
Entrevue interne	4
Lignes directrices concernant l'acupuncture	4

BARÈME D'HONORAIRES

Rapports	5
Rendez-vous annulé ou manqué	6
Facturation des honoraires	6
Comptes en souffrance	6

INSTRUCTIONS DE FACTURATION ET EXEMPLES

Section Facturation dans un formulaire de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB)	7
Facturation sur une étiquette de paiement (formulaire 0150C)....	8
Demande de paiement du fournisseur (3947B)	9
Instructions.....	10

COMMENT JOINDRE LA WSIB

Adresse postale de la WSIB	11
Télécopie de rapport	11
Renseignements sur les paiements de soins de santé	11
Ligne d'accès pour les professionnels de la santé	11

Description des rapports

Dans cette section, vous trouverez la liste des rapports que la WSIB pourrait vous demander, avec une brève description de chacun d'eux.

FORMULAIRE D'ÉVALUATION INITIALE DE L'USAGE DU CANNABIS (FORMULAIRE 0210B)

La WSIB demande un *Formulaire d'évaluation initiale de l'usage du cannabis* lorsqu'elle a besoin de renseignements cliniques concernant la demande initiale de prise en charge du cannabis médical.

FORMULAIRE ÉVALUATION DE SUIVI DE L'USAGE DU CANNABIS (FORMULAIRE 0211B)

La WSIB demande un *formulaire Évaluation de suivi de l'usage du cannabis* lorsqu'elle a besoin de renseignements cliniques concernant la prise en charge continue du cannabis médical.

RAPPORT COMPLEXE

Nous demandons un rapport complexe lorsqu'un travailleur a été traité pendant une longue période et qu'il a fait l'objet de plusieurs modalités de traitement (dont des interventions chirurgicales) sans succès. Le personnel de la WSIB vous soumettra par écrit un certain nombre de questions détaillées auxquelles vous devrez répondre à la forme narrative avant de les soumettre sur votre papier à en-tête.

RAPPORT DE CONSULTATION

Ne soumettez une facture pour un rapport de consultation qu'après une visite de consultation, comme cela est expliqué dans le préambule général du barème de taux du ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant les services médicaux. La WSIB vous demandera des rapports de consultation. Vous pouvez aussi les soumettre si vous croyez que la lésion ou maladie est reliée au travail. Vous pouvez rédiger ces rapports à la forme narrative et les soumettre sur votre papier à en-tête.

RAPPORT DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (FORMULAIRE 8)

Dans tous les cas, remplissez un formulaire 8 et soumettez-le après la consultation initiale au cours de laquelle le travailleur a été traité pour une lésion ou maladie professionnelle. N'envoyez qu'un formulaire 8 par travailleur. Ce rapport ne peut pas servir de rapport d'évolution.

RAPPORT DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ POUR STRESS PROFESSIONNEL (FORMULAIRE CMS8)

Dans le cas d'un trouble attribuable au stress professionnel (p. ex., stress chronique), veuillez remplir et soumettre un formulaire CMS8 après la visite initiale. N'envoyez qu'un formulaire CMS8 par travailleur. Ce rapport ne peut pas servir de rapport d'évolution.

RAPPORT DE CONSULTATION À L'URGENCE D'UN CENTRE HOSPITALIER

Ne soumettez une facture pour un rapport de consultation à l'urgence d'un centre hospitalier qu'après une consultation médicale en salle d'urgence, comme cela est expliqué dans le préambule général du barème de taux du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Remplissez et soumettez un rapport couvrant les détails de la consultation médicale effectuée à l'urgence d'un centre hospitalier si la lésion ou maladie est considérée comme reliée au travail. Indiquez uniquement les renseignements sur la lésion ou maladie reliée au travail dans le rapport de consultation.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

La WSIB demandera un compte rendu opératoire expressément. Le chirurgien peut aussi en envoyer un lorsqu'il estime que l'intervention chirurgicale a été effectuée en raison d'une lésion ou maladie professionnelle.

Remarque concernant le formulaire 8 :

1. Remplissez également le formulaire 8 si le travailleur déclare la récurrence d'une lésion ou maladie reliée au travail antérieure.
2. Fournissez seulement une copie de la page 2 au travailleur pour qu'il la remette à son employeur.

RAPPORT DU MÉDECIN SUR L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

La WSIB demande ce rapport lorsqu'elle a besoin de renseignements concernant les médicaments d'un travailleur, notamment la posologie, la concentration et la durée de l'utilisation. Le médecin prescripteur doit fournir ces renseignements médicaux à la forme narrative.

RAPPORT DU MÉDECIN SUR L'UTILISATION COMPLEXE DES MÉDICAMENTS

La WSIB demande ce rapport lorsqu'elle a besoin de renseignements concernant les indications médicales d'un médicament d'ordonnance et ses effets thérapeutiques. Le médecin prescripteur doit fournir ces renseignements médicaux à la forme narrative.

FORMULAIRE ÉVALUATION DE L'USAGE DES OPIOÏDES

La WSIB demande ce formulaire lorsqu'elle a besoin de renseignements concernant les indications médicales et les effets thérapeutiques associés aux opioïdes d'ordonnance.

RAPPORT DU MÉDECIN SUR LES ORTHÈSES

La WSIB peut demander des renseignements sur l'usage continu d'une orthèse. Le médecin prescripteur doit fournir des renseignements médicaux concernant le besoin continu, les effets thérapeutiques et l'usage approprié de l'orthèse. Vous pouvez rédiger ce rapport à la forme narrative et le soumettre sur votre papier à en-tête.

RAPPORT D'ÉVOLUTION (FORMULAIRE 26)

La WSIB envoie ce formulaire au travailleur lorsqu'elle a besoin d'un rapport d'évolution. Lorsqu'un travailleur vous présente ce formulaire, remplissez-le et soumettez-le à la WSIB.

RAPPORT NARRATIF

Vous pouvez soumettre le rapport d'évolution sur votre papier à en-tête si vous obtenez d'importants ou de nouveaux renseignements cliniques concernant une lésion ou maladie professionnelle.

RAPPORT DU MÉDECIN - OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE (FORMULAIRE 0389B)

La WSIB envoie ce formulaire au travailleur lorsqu'on lui a prescrit de l'oxygénothérapie à domicile. Remplissez ce formulaire et retournez-le à la WSIB. Nous en avons besoin pour déterminer l'admissibilité initiale ou continue à de l'oxygénothérapie à domicile.

RAPPORT DU MÉDECIN (MALADIE PROFESSIONNELLE) - 8D (FORMULAIRE 0307B)

La WSIB envoie ce formulaire au travailleur qui déclare être atteint d'une maladie professionnelle. Remplissez ce formulaire et retournez-le à la WSIB.

RAPPORT DU MÉDECIN (MALADIE PULMONAIRE PROFESSIONNELLE) - 8S (FORMULAIRE 0407B)

La WSIB envoie ce formulaire au travailleur qui déclare être atteint d'une maladie pulmonaire professionnelle. Remplissez ce formulaire et retournez-le à la WSIB.

RAPPORT SUR LE DÉCÈS

La WSIB demande un rapport sur le décès lorsque le travailleur est décédé des suites de sa lésion ou maladie professionnelle.

RAPPORT DU MÉDECIN (MALADIE DE LA PEAU) - 8D2 (FORMULAIRE 0353B)

La WSIB envoie ce formulaire au travailleur qui déclare être atteint d'une maladie de la peau reliée au travail. Remplissez ce formulaire et retournez-le à la WSIB.

Remarque :

1. *Ne modifiez pas un Rapport d'évolution (formulaire 26) précédemment rempli et ne le réutilisez pas à titre de nouveau rapport.*
2. *Si vous envoyez votre rapport à la WSIB par télécopieur, N'ENVOYEZ PAS ENSUITE LE RAPPORT ORIGINAL PAR LA POSTE.*

EXAMEN DE DOSSIERS MÉDICAUX OU DE LA DOCUMENTATION MÉDICALE

Le personnel de la WSIB peut avoir besoin d'un examen de dossiers médicaux ou de la documentation médicale. Il s'agit d'un examen des dossiers médicaux du travailleur et de la préparation d'une réponse à des questions précises. Il peut aussi s'agir d'un examen de la documentation médicale concernant le cas du travailleur. Cet examen n'est habituellement demandé que s'il n'y a pas d'autres évaluations cliniques en cours.

RAPPORT SPÉCIAL DU MÉDECIN (FORMULAIRE 0043B)

La WSIB envoie ce formulaire au travailleur qui subira une évaluation de son invalidité permanente et dont l'accident a eu lieu avant le 1^{er} janvier 1990. Remplissez ce formulaire et retournez-le à la WSIB.

RAPPORT DU MÉDECIN (MALADIE DES VIBRATIONS - DOIGTS BLANCS) - 8W (FORMULAIRE 0425B)

La WSIB envoie ce formulaire au travailleur qui déclare être atteint de la maladie des doigts blancs due aux vibrations. Remplissez ce formulaire et retournez-le à la WSIB.

RAPPORT DE RADIOGRAPHIE

La WSIB considère un rapport portant sur plusieurs examens radiologiques comme un seul rapport. Vous ne devez soumettre ce rapport que lorsque la WSIB vous le demande.

PHOTOCOPIES

Vous pouvez soumettre une facture à la WSIB si elle vous a demandé des copies du dossier médical d'un travailleur. Vous pouvez aussi en soumettre une si la WSIB demande des photocopies supplémentaires de rapports déjà soumis. Ne soumettez que des copies de vos propres dossiers médicaux.

La WSIB demandera les rapports nécessaires aux autres médecins concernés.

ENTREVUE INTERNE

Un représentant de la WSIB pourrait demander une entrevue avec vous pour discuter de la lésion ou maladie professionnelle d'un travailleur.

L'employeur du travailleur ou le travailleur lui-même pourrait demander le rapport suivant :

FORMULAIRE DÉTERMINATION DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES POUR LA PLANIFICATION D'UN RETOUR AU TRAVAIL RAPIDE ET SÉCURITAIRE (FORMULAIRE 2647B)

Ce formulaire peut aider le travailleur et l'employeur à réaliser un retour au travail rapide et sécuritaire en précisant ce que le travailleur est capable de faire après une lésion ou maladie professionnelle et les limitations qui lui sont imposées. Remplissez ce formulaire si l'employeur ou le travailleur vous le demande. Vous ne pouvez pas prendre l'initiative de le remplir. N'y ajoutez pas de renseignements médicaux ou diagnostiques.

LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT L'ACUPUNCTURE

La WSIB pourrait autoriser une période d'essai d'acupuncture pouvant aller jusqu'à six traitements. Les demandes de prolongation de traitement doivent être faites à l'avance, par écrit, et être approuvées au préalable par la WSIB.

Remarque :

Pour la consultation initiale du travailleur, SEULS les honoraires pour le formulaire 8 seront payés. Des honoraires ne seront pas payés pour le formulaire Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire (DCF) s'il est rempli le même jour.

Rapports

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	HONORAIRES
8M	Rapport du professionnel de la santé (support papier)	65,00 \$
8ME	Rapport du professionnel de la santé (support électronique)	85,00 \$
CMS8	Rapport du professionnel de la santé pour stress professionnel (support papier)	85,00 \$
26M	Rapport d'évolution (professionnel de la santé) (support papier)	45,00 \$
26ME	Rapport d'évolution (professionnel de la santé) (support électronique)	60,00 \$
26	Rapport d'évolution narratif	23,54 \$
M630	Formulaire d'évaluation initiale de l'usage du cannabis	85,00 \$
M631	Formulaire <i>Évaluation de suivi de l'usage du cannabis</i>	65,00 \$
M639	Formulaire <i>Évaluation de l'usage des opioïdes</i>	65,00 \$
M641	Rapport de consultation à l'urgence d'un centre hospitalier	47,09 \$
M642	Rapport de radiographie	23,54 \$
M644	Compte rendu opératoire	23,54 \$
M645	Entrevue interne avec un représentant de la WSIB	29,15 \$
M647	Rapport de consultation	47,09 \$
M648	Attestation médicale en vue d'une évaluation des capacités fonctionnelles (formulaire 0298B)	23,54 \$
M649	Rapport complexe	112,10 \$
M650	Photocopies d'un rapport médical (1 à 5 pages) Chaque page supplémentaire	23,54 \$ 1,12 \$
M651	Examen de dossiers médicaux ou de la documentation médicale (par bloc ou majeure partie de bloc de 15 minutes)	56,05 \$
M652	Rapport du médecin sur le décès	23,54 \$
M653	Rapport spécial du médecin	23,54 \$
M654	Rapport du médecin (maladie professionnelle) - 8D	23,54 \$
M655	Rapport du médecin (maladie de la peau) - 8D2	23,54 \$
M656	Rapport du médecin (maladie pulmonaire professionnelle) - 8S	23,54 \$
M657	Rapport du médecin (maladie des vibrations - doigts blancs) - 8W	23,54 \$
M658	Rapport du médecin sur l'utilisation des médicaments	23,54 \$
M659	Rapport du médecin - Oxygénothérapie à domicile	39,53 \$
M758	Rapport du médecin sur l'utilisation complexe des médicaments	56,05 \$
M890	Rapport du médecin sur les orthèses	23,54 \$
FAF	Formulaire <i>Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire</i> (DCF)	45,00 \$

Remarque :

Nouveau code de service du DCF.

Remarque :

Aucune facture n'est requise pour les consultations téléphoniques.

Consultations téléphoniques

Réservé à la WSIB	Les honoraires liés aux consultations téléphoniques sont payés automatiquement lorsque l'appel est initié par un membre du personnel de la WSIB ou les partenaires de la santé traitants (comme les centres d'évaluation régionaux, les médecins consultants et les examinateurs spécialisés en troubles lombaires).	75,00 \$
-------------------	--	----------

Acupuncture

5130	Acupuncture (par traitement)	43,34 \$
------	------------------------------	----------

RENDEZ-VOUS ANNULÉ OU MANQUÉ

La WSIB ne paie pas les honoraires en cas de rendez-vous annulé ou manqué.

FACTURATION DES HONORAIRES

Le paragraphe 33 (5) de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* (la *Loi*) prévoit ce qui suit : « Aucun praticien de la santé ne doit demander au travailleur de payer les soins de santé ou les services connexes qui lui sont fournis dans le cadre du régime d'assurance. »

COMPTES EN SOUFFRANCE

Aux termes du paragraphe 33 (4) de la *Loi*, la Commission peut réduire le montant payable à l'égard des soins de santé selon le pourcentage qu'elle estime approprié à titre de pénalité. La WSIB peut réduire le montant des factures reçues six mois après la date du service de la façon suivante :

- du 7^e au 9^e mois → réduction de 25 %;
- du 10^e au 12^e mois → réduction de 50 %;
- plus d'un an → réduction de 100 %.

La WSIB peut annuler la pénalité de retard si une raison acceptable est fournie.

Instructions de facturation et exemples

FACTURATION DANS UN FORMULAIRE DE LA WSIB

Une section réservée à la facturation se trouve au bas de la plupart des formulaires de la WSIB. Pour un paiement rapide, remplissez cette section en suivant les instructions ci-dessous.

Lorsque vous remplissez la section Facturation des formulaires suivants, votre facture porte automatiquement le code de service correspondant :

8M/8ME	Rapport du professionnel de la santé
CMS8	Rapport du professionnel de la santé pour stress professionnel
26M/26ME	Rapport d'évolution (formulaire 26)
M652	Rapport sur le décès
M653	Rapport spécial du médecin (formulaire 0043B)
M654	Rapport du médecin (maladie professionnelle) - 8D (formulaire 0307B)
M655	Rapport du médecin (maladie de la peau) - 8D2 (formulaire 0353B)
M656	Rapport du médecin (maladie pulmonaire professionnelle) - 8S (formulaire 0407B)
M657	Rapport du médecin (maladie des vibrations - doigts blancs) - 8W (formulaire 0425B)
M659	Rapport du médecin - Oxygénothérapie à domicile (formulaire 0389B)
FAF	Formulaire Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire (formulaire 2647B)

Remarque :

Si la WSIB demande des photocopies du formulaire 8 ou 26, placez une étiquette de paiement sur la section Facturation de ces formulaires ou rayez le code de service et indiquez le code de service de photocopie : M650. Si vous ne le faites pas, le formulaire 8 ou 26 pourrait être considéré comme le même rapport présenté deux fois, et la facture pourrait être rejetée.

FACTURATION DANS UN RAPPORT MÉDICAL DE LA WSIB

The diagram shows a form with the following fields and annotations:

- Votre numéro d'inscription à la TVH**: Points to the 'N° d'inscription à la TVH' field.
- Montant de TVH**: Points to the 'Montant de TVH facturé (\$)' field.
- Numéro de facturation à neuf chiffres attribué par la WSIB**: Points to the 'N° de fournisseur (N° WSIB/PAAT)' field.
- Votre numéro de facture**: Points to the 'Votre numéro de facture' field.
- Date de l'évaluation du travailleur**: Points to the 'Date du service' field.

The form itself contains the following text:

Désignation du professionnel de la santé
 Chiropraticien Médecin Physiothérapeute Infirmière autorisée (catégorie avancée) Code de service: **8M** N° de fournisseur (N° WSIB/PAAT)

N° d'inscription à la TVH Montant de TVH facturé (\$) Code de service: **ONHST** Votre numéro de facture Date du service: / /

Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie) Adresse

Téléphone Télécopieur

INSTRUCTIONS

- Indiquez votre numéro de facturation de fournisseur de la WSIB. Il s'agit d'un champ obligatoire. Nous ne pouvons pas traiter le paiement de votre rapport sans votre numéro de facturation de fournisseur de la WSIB.
- Indiquez la date du service, soit la date à laquelle vous avez évalué le travailleur. Il s'agit d'un champ obligatoire.
- Vous pouvez ajouter votre propre numéro de facture.
- Assurez-vous que votre nom, votre adresse et votre numéro de téléphone sont lisibles et que tous les rapports sont signés.

FACTURATION SUR UNE ÉTIQUETTE DE PAIEMENT (FORMULAIRE 0150C)

Pour un paiement rapide, remplissez le formulaire en suivant les instructions ci-dessous :

Les codes de service suivants peuvent être facturés sur une étiquette de paiement :

- M641 Consultation à l'urgence d'un centre hospitalier
- M642 Rapport de radiographie (lorsque demandé expressément par la WSIB)
- 26 Rapport d'évolution narratif (lorsque le rapport est soumis sur papier à en-tête)
- M644 Compte rendu opératoire
- M647 Rapport de consultation
- M649 Rapport complexe
- M650 Photocopies
- M651 Examen de dossiers médicaux ou de la documentation médicale

Remarque : Si vous soumettez une facture pour un service de plus de 15 minutes, indiquez les unités de temps ou le montant total faisant l'objet de la facturation.

- M658 Rapport sur l'utilisation des médicaments
- M758 Rapport sur l'utilisation complexe des médicaments
- M890 Rapport sur les orthèses

Remarque :

1. Ne collez pas une seconde étiquette sur un rapport de plusieurs pages.
2. Assurez-vous que l'étiquette de paiement ne couvre pas des renseignements pertinents sur le rapport.

INSTRUCTIONS

- Placez une étiquette autocollante sur votre papier à en-tête.
- Ne collez qu'une seule étiquette de paiement remplie au bas à droite de la première page des photocopies, d'un rapport de plusieurs pages sur votre papier à en-tête ou de comptes rendus opératoires.
- Indiquez votre numéro de facturation de fournisseur de la WSIB. Il s'agit d'un champ obligatoire. Nous ne pouvons pas traiter le paiement de votre rapport sans votre numéro de facturation de fournisseur de la WSIB.
- Indiquez la date du service, soit la date à laquelle vous avez évalué le travailleur. Il s'agit d'un champ obligatoire.
- Indiquez le numéro de carte Santé qui a été assigné au travailleur par le ministère de la Santé, si ce renseignement est disponible.
- Vous pouvez ajouter votre propre numéro de facture.
- Inscrivez le code de service approprié.
- Assurez-vous que votre nom, votre adresse et votre numéro de téléphone sont lisibles et que tous les rapports sont signés.

Demande de paiement du fournisseur (3947B)

Pour un paiement rapide, remplissez le formulaire en suivant les instructions figurant à la page suivante.



Envoyer au :
200 rue Front Ouest
Toronto ON M5V 3J1

ou télécopieur au :
416-344-4684
OU 1-888-313-7373

Demande de paiement du fournisseur
Important : Ne pas utiliser le présent formulaire pour facturer les rapports cliniques.

Renseignements sur le travailleur			Remplir en entier en utilisant de l'encre noire.			Dossier n°		
Nom du travailleur			Prénom		Initiales	Code d'invalidité du travailleur et/ou CIM 9 (s'il y a lieu)		
Adresse						Date de l'incident (jj/mm/aa)		
Ville		Prov.		Code postal		Date de naissance (jj/mm/aa)		
Nom et adresse complète du fournisseur ou de l'établissement (ville, province, code postal)						N° de référence de la CSPAAT (Réservé à la CSPAAT)		

Renseignements sur le fournisseur :
N° de fournisseur à la CSPAAT
N° d'inscription à la TVH
Votre n° de facture
Nom du fournisseur traitant (en caractères d'imprimerie)
Téléphone

Veillez inscrire l'adresse au-dessus de cette ligne.

Renseignements sur le service ou le traitement

Utilisez une ligne distincte pour chaque code de service. N'incluez pas les services déjà facturés.

1.	Code de service	Description du service ou traitement	Honoraires par service	Nbre de services ou traitements	Montant facturé																															
	Mois	Année	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			

2.	Code de service	Description du service ou traitement	Honoraires par service	Nbre de services ou traitements	Montant facturé																															
	Mois	Année	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			

3.	Code de service	Description du service ou traitement	Honoraires par service	Nbre de services ou traitements	Montant facturé																															
	Mois	Année	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			

4.	Code de service	Description du service ou traitement	Honoraires par service	Nbre de services ou traitements	Montant facturé																															
	Mois	Année	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			

Total facturé ▶
(1 + 2 + 3 + 4 = Total)

Commencez une infraction quiconque fait délibérément des déclarations fausses à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Je certifie par la présente que les renseignements soumis sont véridiques, exacts et complets.		
Nom (en caractères d'imprimerie s.v.p.) :	Signature :	Date (mm/jj/aa) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3947B (06/10)

Pour de plus amples renseignements, visitez notre site Web à www.wsib.on.ca ou composez le **1-800-668-9958**

Voir les instructions au verso.

Demande de paiement du fournisseur (3947B)

INSTRUCTIONS

Pour un paiement rapide, remplissez le formulaire en suivant les instructions ci-dessous :

RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR

1. N° de dossier : inscrire le numéro de dossier à la WSIB. Ce numéro est requis pour traiter le paiement.
2. Nom : inscrire en caractères d'imprimerie le nom de famille, le ou les prénoms et l'initiale du second prénom.
3. Code d'invalidité du travailleur et/ou CIM 9 : inscrire le diagnostic ou le code CIM 9 correspondant au traitement fourni.
4. Date de l'incident : inscrire la date déclarée de l'incident.
5. Adresse : inscrire l'adresse postale actuelle.
6. Date de naissance : inscrire la date de naissance.
7. N° de référence de la WSIB : ne pas remplir. Réservé à la WSIB.

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR

8. Nom et adresse complète du fournisseur ou de l'établissement : inscrire le nom et l'adresse complète du fournisseur ou de l'établissement qui soumet la facture.
9. N° de fournisseur de la WSIB : inscrire votre numéro de facturation (votre numéro de référence à des fins de rapprochement).
10. Votre propre numéro de facture : inscrire votre numéro de facture (votre numéro de référence à des fins de rapprochement).
11. Nom du fournisseur traitant : inscrire le nom de la personne fournissant le service.
12. N° d'identification du fournisseur traitant : il s'agit du numéro individuel de professionnel de la santé que la WSIB vous a assigné.
13. Numéro de téléphone : fournir le numéro de téléphone de la personne qui remplit la demande de paiement.

RENSEIGNEMENTS SUR LE SERVICE OU LE TRAITEMENT

14. Code de service : inscrire le code de service approprié. Consultez le barème d'honoraires de la WSIB.
15. Description du service ou traitement : fournir une brève description du service ou du genre de traitement fourni.
16. Honoraires par service : inscrire les honoraires pour le traitement ou le service d'après le barème de la WSIB.
17. N^{bre} de services ou traitements : inscrire le nombre de services ou traitements que vous facturez.
18. Montant facturé : inscrire le montant total pour le code de service en question.
19. Date du service : inscrire le mois et l'année. Cocher la ou les dates du service. S'il y a plus d'un mois, remplissez une ligne distincte.
20. Total facturé : inscrire la somme totale des honoraires facturés.
21. Nom : inscrire le nom de la personne qui a rempli le formulaire.
22. Signature et date : signature de la personne qui a rempli la demande de paiement et date où elle l'a remplie.

Pour envoyer votre facture par voie électronique, communiquez avec le centre de soutien de TELUS Solutions en santé au 1-866-240-7492 ou écrivez à provider.registry@telus.com.

Comment joindre la WSIB

ADRESSE POSTALE DE LA WSIB

Les praticiens de la santé de l'Ontario doivent poster leurs rapports et leurs formulaires de facturation à un seul emplacement centralisé.

L'ADRESSE POSTALE DE LA WSIB EST :

Commission de la sécurité professionnelle et de
l'assurance contre les accidents du travail
200, rue Front Ouest, 15^e étage
Toronto ON M5V 3J1

TÉLÉCOPIE DE RAPPORT

Si vous envoyez votre rapport à la WSIB par télécopieur, N'ENVOYEZ PAS ensuite le rapport original par la poste.

Le numéro de télécopieur est : 416-344-4684

Sans frais : 1-888-313-7373

RENSEIGNEMENTS SUR LES PAIEMENTS DE SOINS DE SANTÉ

Pour toute question sur les relevés de compte ou les avis de paiement, veuillez composer le 1-800-387-0750.

LIGNE D'ACCÈS POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Appelez la ligne d'accès pour les professionnels de la santé au 416-344-4526 ou, sans frais, au 1-800-569-7919 si vous avez des questions concernant ce qui suit :

- l'inscription et le changement d'adresse;
- la facturation à la WSIB (p.ex., formulaires appropriés, numéro de fournisseur);
- les programmes de soins de santé de la WSIB (p. ex., le programme d'évaluation de santé professionnelle (PÉSP) et cliniques spécialisées);
- le nom ou le numéro de téléphone du gestionnaire de cas ou de l'infirmière consultante du travailleur.

Pour plus de renseignements, visitez le site Web de la WSIB, wsib.ca.