

## Demande pour fournir le programme de soins

La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) a mis en place des programmes de prestation de soins fondés sur les preuves qui décrivent les traitements qui se sont avérés efficaces pour traiter certaines lésions ou maladies (les « **programmes de soins** »). La WSIB a publié des documents liés à divers programmes de soins sur son site Web, [www.wsib.ca](http://www.wsib.ca), notamment des guides de référence, des barèmes d'honoraires et autres documents (la « **documentation des programmes de soins** »). Pour accéder à la documentation des programmes de soins, veuillez regarder sous l'onglet **Fournisseurs de soins de santé** sur le site Web de la WSIB.

**Veuillez indiquer quel programme de soins vous fournirez, celui ou ceux cadrant avec votre spécialité et vos compétences professionnelles :**

Épaules	Lésions musculo-squelettiques
Bas du dos	Perte auditive due au bruit

### Répertoire des fournisseurs

Le Répertoire des fournisseurs des programmes de soins de la WSIB contient la liste des professionnels de la santé qui peuvent fournir ces programmes. Si vous désirez figurer 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 notre **ligne d'accès pour les praticiens de la santé au 1-800-569-7919 ou au 416-344-4526**.

Oui. Veuillez publier mes renseignements dans le Répertoire des fournisseurs des programmes de soins sur le site Web de la WSIB.

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 WSIB, [www.wsib.ca](http://www.wsib.ca), dans la liste des professionnels pouvant fournir les programmes de soins indiqués ci-dessus. Je conviens que la WSIB n'est pas responsable de toute conséquence découlant de l'utilisation de ces renseignements par un tiers. 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 WSIB par courriel à [programofcare@wsib.on.ca](mailto:programofcare@wsib.on.ca).

Renseignements sur le professionnel de la santé			
Titre	Profession	Numéro de permis/d'enregistrement (pour usage interne seulement)	
Prénom		Nom de famille	Initiales
Nom de l'entreprise			
Adresse (numéro, rue, appartement/bureau)		Ville	Province
Téléphone professionnel		Courriel	
Déjà inscrit dans le Répertoire des fournisseurs des programmes de soins?      Oui      Non			
Déjà inscrit auprès de TELUS Solutions en santé?      Oui      Non      Si « Oui », indiquez votre numéro de fournisseur de la WSIB.			
<b>Déclaration du fournisseur</b>			
En signant ci-dessous, je consens à ce qui suit :			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je certifie que j'ai lu et compris la documentation des programmes de soins sur le site Web de la WSIB, particulièrement les documents sur le ou les programmes de soins choisis ci-dessus.</li> <li>• Je fournirai les soins conformément aux guides de référence et documents du ou des programmes de soins correspondants, qui pourraient être révisés ou actualisés par la WSIB de temps à autre.</li> <li>• J'ai pris toutes les mesures nécessaires pour obtenir un numéro de fournisseur de la WSIB (inscription à titre de professionnel de la santé, d'établissement ou de clinique).</li> <li>• Je facturerais mes services dans le cadre du programme de soins électroniquement* à la WSIB.</li> </ul>			
Signature		Date (jj/mm/aaaa)	

Si vous avez besoin de la présente communication dans un autre format, veuillez écrire à [accessibility@wsib.on.ca](mailto:accessibility@wsib.on.ca).

Pour obtenir des renseignements concernant la facturation en ligne, visitez le site Web de la WSIB, [www.wsib.ca](http://www.wsib.ca), et regardez sous l'onglet Fournisseurs de soins de santé. Pour vous inscrire à la facturation électronique et obtenir un numéro de fournisseur de la WSIB, veuillez visiter le site Web de TELUS Solutions en santé à [wsibregistration.telushealth.com/fr](http://wsibregistration.telushealth.com/fr).

**Veillez retourner le formulaire dûment rempli à :**

À l'attention de : Programmes de soins  
Direction du programme des services de santé et de l'efficacité des fournisseurs de la WSIB  
200, rue Front Ouest, 4<sup>e</sup> étage, Toronto ON M5V 3J1

**OU**

par courriel à :  
[Programofcare@wsib.on.ca](mailto:Programofcare@wsib.on.ca)

Si vous devez déclarer des changements d'adresse, de numéro de téléphone et(ou) d'établissement, veuillez appeler la **ligne d'accès pour les praticiens de la santé au 416-344-4526 ou au 1-800-569-7919.**



Téléversez tout formulaire ou document relié à votre demande à [wsib.ca/fr/téléverser](http://wsib.ca/fr/téléverser).