

## Programme de santé mentale communautaire de la WSIB : Guide d'inscription des psychologues

Le réseau de santé mentale communautaire de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) est composé de psychologues agréés de tout l'Ontario qui fournissent des services d'évaluation et de traitement conformément aux lignes directrices, aux honoraires et aux attentes de déclaration dans le cadre du Programme de santé mentale communautaire de la WSIB.

### Liste des exigences :

- La ou le psychologue est autorisé à exercer sa profession de manière autonome ou de manière autonome provisoire et est en règle auprès de son ordre de réglementation professionnel.
- Champs d'exercice autorisés :
  - psychologie clinique;
  - neuropsychologie clinique;
  - psychologie de la santé; et
  - psychologie de la réadaptation.
- Adultes compris dans la clientèle autorisée.
- Suivre le webinaire requis portant sur le Programme de santé mentale communautaire de la WSIB sur le site Web de celle-ci.
- Suivre le webinaire requis portant sur l'Évaluation de l'atteinte des objectifs (Goal Attainment Scaling ou GAS) sur le site Web de la WSIB.
- Convenir de fournir les soins conformément à la manière décrite dans le *Guide de référence du Programme de santé mentale communautaire de la WSIB* et aux documents.
- Visiter le site Web de la WSIB pour examiner les documents du programme, qui peuvent être révisés de temps à autre.
- Convenir d'établir une facture conformément aux lignes directrices sur les honoraires dans le cadre du Programme de santé mentale communautaire de la WSIB.
- Comprendre que la WSIB réalisera des activités d'assurance de la qualité.
- Avoir pris toutes les mesures nécessaires en vue d'obtenir un numéro de fournisseur de la WSIB.
- Facturer les services fournis dans le cadre du Programme de santé mentale communautaire électroniquement à la WSIB, le cas échéant.
- Consentir à ce que la WSIB publie les coordonnées professionnelles en ligne dans le Répertoire du réseau de santé mentale communautaire de la WSIB, ce qui implique la reconnaissance que la WSIB n'est responsable d'aucune conséquence de l'utilisation de tels renseignements par des tiers.
- Convenir de recevoir des communications de la WSIB/d'un fournisseur tiers par courriel ou par téléphone.
- Convenir de communiquer avec la WSIB en cas de tout changement de renseignements relatifs à l'inscription ou à la qualification.

Psychologues individuels	Cliniques de psychologie
Énumérer toutes les adresses d'exercice à la deuxième page du formulaire d'inscription.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir les renseignements sur le fournisseur de soins de santé à la deuxième page du formulaire d'inscription pour tous les psychologues/associés en psychologie participants.</li> <li>• Remplir UN seul formulaire par clinique.</li> <li>• Un fournisseur qui exerce dans un cabinet de groupe à une seule adresse, qui a son propre numéro de fournisseur de la WSIB et qui veut établir une facture et recevoir un paiement de manière individuelle pour ses services doit s'inscrire à titre de psychologue.</li> </ul>

Pour toute question sur l'inscription des fournisseurs, veuillez visiter le site Web de la WSIB, [www.wsib.ca](http://www.wsib.ca), ou appeler la ligne d'inscription des fournisseurs de soins de santé au 416-344-4526 ou sans frais au 1-800-569-7919.

Pour obtenir des renseignements sur la facturation électronique, veuillez regarder sous l'onglet Fournisseur de soins de santé du site Web de la WSIB, [www.wsib.ca](http://www.wsib.ca).

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 <https://wsibregistration.telushealth.com/fr>.

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 vous inscrire dans le réseau de santé mentale communautaire de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB), remplissez ce formulaire, puis envoyez-le à l'adresse suivante :

**Direction du programme des services de santé et de l'efficacité des fournisseurs de la WSIB, à l'attention du : Réseau de santé mentale communautaire de la WSIB**

**200, rue Front Ouest, 4<sup>e</sup> étage, Toronto ON M5V 3J1**

**Au lieu de l'envoyer par la poste, vous pouvez l'envoyer par courriel à l'adresse suivante : [Provider\\_registration@wsib.on.ca](mailto:Provider_registration@wsib.on.ca)**

Pour ce qui est des exigences et du matériel d'inscription des fournisseurs, veuillez visiter le site Web de la WSIB, [www.wsib.ca](http://www.wsib.ca), ou appeler la ligne d'inscription des fournisseurs de soins de santé au 416-344-4526 ou sans frais au 1-800-569-7919.

Cochez une case :  Nouvelle inscription  ou  Mise à jour d'une inscription

### Renseignements sur le fournisseur de soins de santé

Psychologue ou associée ou associé en psychologie – Veuillez indiquer toute autre adresse d'exercice (si plusieurs) au verso. Clinique de psychologie – Veuillez énumérer tous les psychologues/associés en psychologie participants associés au numéro de fournisseur de la WSIB au verso.			
Profession	Numéro de permis/d'enregistrement (Ontario)	N° de fournisseur de la WSIB	
Nom de famille	Prénom	Initiales	
Nom de l'entreprise/de l'établissement/de la clinique (en cas d'inscription à titre de fournisseur dans un cabinet de groupe)			
Adresse professionnelle (numéro, rue, bureau)	Ville	Province	Code postal
Téléphone professionnel		Courriel	
Services linguistiques offerts (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) : Français Anglais Autre			Si « Autre », veuillez préciser la langue.
Champs d'exercice autorisés : (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)			
Psychologie clinique	Neuropsychologie clinique	Psychologie de la santé	Psychologie de la réadaptation
Capable d'offrir le Programme de santé mentale communautaire de la WSIB à distance?			Oui Non

### Déclaration du fournisseur

En signant ci-dessous, je confirme ce qui suit :

- Je suis une ou un psychologue agréé ou une ou un associé en psychologie agréé autorisé à exercer de manière autonome ou de manière autonome provisoire et je suis en règle auprès de mon ordre de réglementation professionnel.
- J'ai lu et compris tous les documents requis dans le cadre du Programme de santé mentale communautaire qui se trouvent sur le site Web de la WSIB.
- J'ai terminé le webinaire requis portant sur le Programme de santé mentale communautaire de la WSIB sur le site Web de celle-ci.
- J'ai terminé le webinaire requis portant sur l'Évaluation de l'atteinte des objectifs (GAS) sur le site Web de la WSIB.
- Je fournirai les soins conformément à la manière décrite dans le *Guide de référence du Programme de santé mentale communautaire de la WSIB* et aux documents du programme.
- Je visiterai régulièrement le site Web de la WSIB pour examiner ces documents, qui peuvent être révisés de temps à autre.
- Je conviens d'établir une facture conformément aux lignes directrices sur les honoraires des psychologues dans le cadre du Programme de santé mentale communautaire de la WSIB.
- Je comprends que la WSIB réalisera des examens d'assurance de la qualité.
- J'ai pris toutes les mesures nécessaires en vue d'obtenir un numéro de fournisseur de la WSIB.
- Je facturerais tous les services fournis dans le cadre du Programme de santé mentale communautaire électroniquement\* à la WSIB.
- Je consens à ce que la WSIB publie les coordonnées professionnelles en ligne dans le Répertoire du réseau de santé mentale communautaire de la WSIB, ce qui implique la reconnaissance que la WSIB n'est responsable d'aucune conséquence de l'utilisation de tels renseignements par des tiers.
- Je conviens de recevoir des communications de la WSIB ou d'un fournisseur tiers par courriel ou par téléphone.
- Je communiquerai avec la WSIB en cas de tout changement de renseignements relatifs à mon inscription ou à ma qualification.

Signature de la ou du psychologue ou de l'associée ou associé en psychologie (à imprimer, signer et retourner à la WSIB ou à taper et téléverser)	Date (jj/mmm/aaaa)
---	--------------------

\* Pour obtenir des renseignements sur la facturation électronique, veuillez regarder sous l'onglet Fournisseurs de soins de santé du site Web de la WSIB, [www.wsib.ca](http://www.wsib.ca).

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 <https://wsibregistration.telushealth.com/fr>.

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

Psychologue s'inscrivant avec de multiples adresses d'exercice (veuillez énumérer toutes les adresses ci-dessous)			
Adresse professionnelle 2 (numéro, rue, bureau)	Ville	Province	Code postal
Téléphone professionnel	Courriel	Numéro de permis/d'enregistrement (Ontario)	
Adresse professionnelle 3 (numéro, rue, bureau)	Ville	Province	Code postal
Téléphone professionnel	Courriel	Numéro de permis/d'enregistrement (Ontario)	

Clinique de psychologie - Fournisseurs participants			
Profession		Numéro de permis/d'enregistrement (Ontario)	
Nom de famille		Prénom	Initiales
Adresse électronique	Signature		Date (jj/mmm/aaaa)
Champs d'exercice autorisés : (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)			
Psychologie clinique		Neuropsychologie clinique	
Psychologie de la santé		Psychologie de la réadaptation	
Services linguistiques offerts (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :		Français	Anglais
		Autre	Si « Autre », veuillez préciser la langue.
Profession		Numéro de permis/d'enregistrement (Ontario)	
Nom de famille		Prénom	Initiales
Adresse électronique	Signature		Date (jj/mmm/aaaa)
Champs d'exercice autorisés : (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)			
Psychologie clinique		Neuropsychologie clinique	
Psychologie de la santé		Psychologie de la réadaptation	
Services linguistiques offerts (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :		Français	Anglais
		Autre	Si « Autre », veuillez préciser la langue.
Profession		Numéro de permis/d'enregistrement (Ontario)	
Nom de famille		Prénom	Initiales
Adresse électronique	Signature		Date (jj/mmm/aaaa)
Champs d'exercice autorisés : (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)			
Psychologie clinique		Neuropsychologie clinique	
Psychologie de la santé		Psychologie de la réadaptation	
Services linguistiques offerts (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :		Français	Anglais
		Autre	Si « Autre », veuillez préciser la langue.
Profession		Numéro de permis/d'enregistrement (Ontario)	
Nom de famille		Prénom	Initiales
Adresse électronique	Signature		Date (jj/mmm/aaaa)
Champs d'exercice autorisés : (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)			
Psychologie clinique		Neuropsychologie clinique	
Psychologie de la santé		Psychologie de la réadaptation	
Services linguistiques offerts (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :		Français	Anglais
		Autre	Si « Autre », veuillez préciser la langue.