

Paiement rapide pour les professionnels de la santé et les fournisseurs

Notre but est de traiter votre paiement rapidement et correctement. Pour éviter les délais dans le traitement de vos paiements, veuillez **remplir tous les champs** des formulaires Demande de paiement du fournisseur ou Demande de paiement du fournisseur pour équipement ou fournitures et **écrire lisiblement**. Toute demande de paiement incomplète ou illisible entraînera des délais de traitement.

Pour remplir les formulaires

Pour remplir les formulaires Demande de paiement du fournisseur ou Demande de paiement du fournisseur pour équipement ou fournitures, veuillez vous reporter à la feuille d'instructions jointe à ces formulaires.

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

Pour facturer les rapports médicaux, veuillez remplir la partie portant sur la facturation du formulaire pré-imprimé de la CSPAAT ou apposer une étiquette de paiement au coin droit inférieur de la première page du rapport narratif.

Questions

Si vous avez des questions au sujet de la façon de remplir ces formulaires ou de facturer les services, l'équipement ou les fournitures ou si vous avez besoin d'étiquettes de paiement, veuillez appeler notre ligne d'accès pour les professionnels de la santé au **416-344-4526** ou **1-800-569-7919** entre 8 h 30 et 16 h 30, du lundi au vendredi.

Facturation électronique

Si la facturation électronique vous intéresse (sauf pour les rapport médicaux), communiquez avec notre fournisseur de paiement externe, **BCE Emergis**, au **1-866-240-7492**.



Aller au
formulaire

Demande de paiement du fournisseur

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

INSTRUCTIONS

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR

1. *N° de dossier* : Inscire le numéro de dossier de la CSPAAT. Ce numéro est requis pour traiter le paiement.
2. *Nom* : Inscire en caractères d'imprimerie le nom, le prénom et l'initiale du second prénom.
3. *Code d'invalidité et/ou CIM 9* : Inscire le diagnostic ou le code CIM 9 correspondant au traitement fourni, s'il y a lieu.
4. *Date de l'incident* : Inscire la date de l'accident déclarée.
5. *Adresse* : Inscire l'adresse postale actuelle.
6. *Date de naissance* : Inscire la date de naissance.
7. *N° de référence de la CSPAAT* : Ne pas remplir. Réservé à la CSPAAT.

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR

8. *Nom et adresse complètes du fournisseur ou de l'établissement* : Inscire le nom du fournisseur ou de l'établissement qui soumet la facture.
9. *N° du fournisseur à la CSPAAT* : Inscire le numéro de facturation de 9 chiffres de la CSPAAT. Ce numéro est requis pour le paiement.
10. *N° d'inscription à la TVH* : Inscire votre numéro d'inscription à la TVH, si la TVH est facturée (utiliser le code de service **ONHST**).
11. *Votre n° de facture* : Inscire votre numéro de facture. (Votre numéro de référence à des fins de rapprochement).
12. *Nom du fournisseur traitant* : Inscire le nom de la personne fournissant le service ou le traitement.
13. *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* : Inscire le code de service approprié. Consulter le barème d'honoraires de la CSPAAT.
15. *Description du service ou traitement* : Fournir une brève description du service ou traitement fourni.
16. *Honoraires par service* : Inscire les honoraires pour le traitement ou le service d'après le barème d'honoraires de la CSPAAT.
17. *Nbre de services ou traitements* : Inscire le nombre de services ou traitements que vous facturez.
18. *Montant facturé* : Inscire le montant total pour le code de service en question.
19. *Date du service* : Inscire le mois et l'année Cocher (✓) la(les) date(s) du service. Utiliser une ligne distincte pour chaque mois ou code de service.
20. *Total facturé* : Inscire la somme totale de tous les frais facturés.
21. *Nom* : Inscire 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 des renseignements sur la facturation électronique, veuillez communiquer avec Telus au 1-866-240-7492, ou par courriel à provider.mgmt@telus.com. Vous pouvez aussi visiter le site Web de Telus à telussante.com.