

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**



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 pour équipement ou fournitures

Remplir en entier en utilisant de l'encre noire.

Renseignements sur le travailleur :

N° de dossier :	Nom du travailleur :	Prénom :	Init. du second prénom :	N° de référence de la CSPAAT
Date de l'accident : m m j j a a	Adresse :			
Date de naissance : m m j j a a	Ville :	Province :	Code postal :	

Renseignements sur le fournisseur :

N° de fournisseur à la CSPAAT	Nom du fournisseur ou de l'établissement :		
N° d'inscription à la TVH	Adresse :	Code postal :	
Votre numéro de facture	Nom du fournisseur (en caractères d'imprimerie s.v.p.) :	Téléphone :	

Renseignements sur l'équipement ou les fournitures :

Exemple :

Date du service m m j j a a	Code de service	Description du service	Unités	Montant facturé
0 2 1 9 0 1	X 0 0 0	Orthèse pour le poignet	1	200 00
Marque : Zenith	N° de modèle : 9999-0000-88888	N° de série : XZ0000999999999	N° d'autorisation : 0000	

Veillez utiliser une ligne distincte pour chaque code de service :

1.	Date du service m m j j a a	Code de service	Description du service	Unités	Montant facturé
	Marque :	N° de modèle :	N° de série :	N° d'autorisation :	

2.	Date du service m m j j a a	Code de service	Description du service	Unités	Montant facturé
	Marque :	N° de modèle :	N° de série :	N° d'autorisation :	

3.	Date du service m m j j a a	Code de service	Description du service	Unités	Montant facturé
	Marque :	N° de modèle :	N° de série :	N° d'autorisation :	

4.	Date du service m m j j a a	Code de service	Description du service	Unités	Montant facturé
	Marque :	N° de modèle :	N° de série :	N° d'autorisation :	

5.	Date du service m m j j a a	Code de service	Description du service	Unités	Montant facturé
	Marque :	N° de modèle :	N° de série :	N° d'autorisation :	

Total facturé >
(1 + 2 + 3 + 4 + 5 = Total)

Commets 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 : m m j j a a
---	-------------	-----------------------

Demande de paiement du fournisseur pour équipement ou fournitures

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. *Date de l'accident* : Inscire la date de l'accident déclarée.
4. *Adresse* : Inscire l'adresse postale actuelle.
5. *Date de naissance* : Inscire la date de naissance.
6. *N° de référence de la CSPAAT* : Ne pas remplir. Réservé à la CSPAAT.

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR

7. *N° de fournisseur à la CSPAAT* : Inscire le numéro de facturation qui vous a été assigné par la CSPAAT. Ce numéro est requis pour le paiement.
8. *Nom du fournisseur ou de l'établissement* : Inscire le nom du fournisseur ou de l'établissement qui soumet la facture.
9. *Adresse* : Inscire l'adresse du fournisseur ou de l'établissement.
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 propre numéro de facture* : Inscire votre numéro de facture. (Votre numéro de référence à des fins de rapprochement.)
12. *Nom du fournisseur* : Inscire le nom de la personne fournissant le service.
13. *Téléphone* : Fournir le numéro de téléphone de la personne qui remplit la demande de paiement.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUIPEMENT OU LES FOURNITURES

14. *Date du service* : Date à laquelle l'équipement ou les fournitures ont été fournis.
15. *Code de service* : Inscire le code de service si la CSPAAT vous l'a fourni.
16. *Description du service* : Fournir une brève description de l'équipement ou des fournitures fournis.
17. *Unités* : Nombre d'unités fournies.
18. *Montant facturé* : Inscire le montant total pour le code de service en question.
19. *Marque, n° de modèle, n° de série* : Remplir s'il y a lieu.
20. *N° d'autorisation de la CSPAAT* : Inscire le numéro d'autorisation émis par la CSPAAT.
21. *Total facturé* : Inscire la somme totale des honoraires facturés.
22. *Nom* : Inscire le nom de la personne qui a rempli le formulaire.
23. *Signature et date* : Signature de la personne qui a rempli le formulaire et date où elle l'a rempli.

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.