

Demande de numéro de facturation du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) pour les professionnels de la santé

But de la demande :

La présente demande doit être remplie par les professionnels de la santé qui demandent un numéro de facturation du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) afin de présenter des demandes de règlement au ministère de la Santé (le ministère) pour des services assurés.

Pour demander un numéro de facturation du RASO, vous devez satisfaire aux conditions suivantes :

1. Être titulaire d'un certificat d'inscription en règle délivré par l'organisme qui réglemente votre profession;
2. Avoir une adresse de cabinet en Ontario;
3. Remplir et signer la « **Demande de numéro de facturation du RASO pour les professionnels de la santé** ».

Pour obtenir plus de renseignements sur la façon de remplir la présente demande ou d'obtenir un numéro de facturation du RASO, veuillez communiquer avec CSB se connecte pour le soutien aux services du ministère par courriel : SSContactCentre.MOH@ontario.ca ou par téléphone au 1-800-262-6524.

Virement automatique

Des paiements mensuels de vos demandes de règlement seront versés par voie électronique dans votre compte de banque. Vous devez joindre un chèque numérisé ou un chèque original en blanc avec le mot « ANNULÉ » inscrit sur celui-ci, de votre institution financière, portant les numéros micro-encodés de succursale, d'établissement et de compte.

Si vous êtes un professionnel de la santé qui se joint à un (des) groupe(s) et que vous dispensez des services au nom du groupe, vous n'avez pas à fournir de chèque.

Remarque : Le ministère doit être avisé par écrit au moins **30 jours** à l'avance de tout changement concernant vos renseignements bancaires ou de tout changement d'adresse de cabinet.

Pour terminer votre inscription, vous devez :

- Remplir toutes les sections de la « **Demande de numéro de facturation du RASO pour les professionnels de la santé** »;
- Signer et dater la demande;
- Joindre un chèque numérisé ou un chèque original en blanc avec le mot « ANNULÉ » inscrit sur celui-ci;
- Envoyer la demande et le chèque annulé, le cas échéant, en choisissant l'**une** des options suivante :

Par courriel : ProviderRegistration.MOH@ontario.ca

Par télécopieur : 613-545-5848

Par la poste : Ministère de la Santé
Direction des services pour les demandes de règlement
Unité du Registre des fournisseurs
CP 68
Kingston ON K7L 5K1

Les demandes incomplètes seront renvoyées SANS numéro de facturation du RASO.

La collecte des renseignements personnels demandés sur ce formulaire est autorisée en vertu de la *Loi de 1990 sur l'assurance-santé*, chap. H.6, article 4.1 et en vertu du Règlement de l'Ontario 57/97. Les renseignements recueillis seront utilisés aux fins de votre inscription à titre de fournisseur, aux fins de vérification et de la surveillance de votre admissibilité à des paiements. Ils seront également utilisés à des fins de planification et de coordination des systèmes de santé. Pour obtenir des renseignements sur les pratiques de collecte, veuillez communiquer avec le directeur, Direction des données sur la santé, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de la santé, ministère de la Santé, 5700, rue Yonge, 4^e étage, Toronto ON M2M 4K5, téléphone : 1-866-803-0104 sans frais et à Kingston, 613 548-4049 ou par courriel à : IMsupport@ontario.ca.

Demande de numéro de facturation du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) pour les professionnels de la santé

Langue de communication préférée : ☐ Français ☐ Anglais

Section 1 – Renseignements personnels

Nom – Le nom de famille et les prénoms doivent correspondre à ceux versés aux dossiers de votre ordre professionnel.

Nom de famille	Prénom(s)	Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe ☐ M ☐ F
----------------	-----------	---------------------------------	---

Avez-vous déjà obtenu un numéro de facturation du RASO du ministère?

☐ Non ☐ Oui

Ancien numéro de facturation du RASO

Section 2 – Renseignements des études

Formation universitaire de deuxième cycle dans une profession de la santé

Type de diplôme	Université de délivrance du diplôme	Date d'obtention du diplôme AAAA MM JJ
Ville	Province/État	Pays

Formation universitaire de troisième cycle dans une profession de la santé – Spécialisation / sous-spécialisation

Université / Établissement	Ville	Province/État	Pays
Discipline (spécialité)			

Date de fin d'études AAAA MM JJ	Date d'agrément AAAA MM JJ	
------------------------------------	-------------------------------	--

Formation universitaire de troisième cycle dans une profession de la santé – Spécialisation / sous-spécialisation

Université / Établissement	Ville	Province/État	Pays
Discipline (spécialité)			

Date de fin d'études AAAA MM JJ	Date d'agrément AAAA MM JJ	
------------------------------------	-------------------------------	--

Section 3 – Renseignements sur le certificat d'inscription

Pour obtenir un numéro de facturation du RASO auprès du ministère, vous devez être titulaire d'un certificat d'inscription valide délivré par l'organisme de réglementation. Si vous êtes titulaire d'un permis à des fins éducatives, vous n'êtes pas admissible pour l'instant à un numéro de facturation du RASO.

Renseignements sur le certificat de l'Ontario

Indiquez le type de certificat d'inscription dont vous êtes actuellement titulaire (p. ex., cabinet indépendant, restreint)	Date d'entrée en vigueur du certificat actuel AAAA MM JJ	Numéro du certificat actuel (délivré par l'organisme de réglementation)
--	---	---

Renseignements sur le certificat d'un autre pays ou d'une autre province

Indiquez le pays/la province de délivrance du certificat	Type de certificat	Date d'entrée en vigueur du certificat actuel AAAA MM JJ	Numéro du certificat actuel (délivré par l'organisme de réglementation)
--	--------------------	---	---

Section 4 – Adresses

Adresses des cabinets en Ontario (Remarque : Les numéros de cases postales et de routes rurales ne sont pas acceptés.)

Fournissez toute adresse supplémentaire sur une feuille séparée. Une preuve d'exercice à l'adresse indiquée peut être exigée. Les adresses des cabinets ne sont pas considérées comme des renseignements personnels et peuvent être communiquées sur demande. Aussi est-il recommandé de ne pas fournir d'adresse résidentielle.

Obligation de communiquer l'adresse du cabinet – En vertu du Règlement de l'Ontario 57/97 pris en application de la Loi sur l'assurance-santé, les médecins doivent communiquer par écrit, au directeur général, l'adresse de chaque endroit où ils dispensent régulièrement des services assurés à des assurés en Ontario. En plus de chaque adresse, il faut indiquer si les services sont offerts dans le cadre d'une suppléance et (ou) si les services fournis sont uniquement des services délégués, conformément à ce qui est défini dans la Liste des prestations, dispensés sous la surveillance directe d'un médecin. Les dispositions qui régissent les procédures déléguées se trouvent dans le préambule de la Liste des prestations à l'adresse suivante : <http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohip/sob/physserv/genpre.pdf>

Si plus d'une adresse est fournie, il faudrait, dans la mesure du possible, préciser laquelle est l'adresse du cabinet principal. Vous devez aviser le ministère au moins 30 jours à l'avance de tout changement apporté à une adresse indiquée ci-dessous. Des documents justificatifs peuvent être exigés pour confirmer les adresses fournies.

Adresse du cabinet principal – endroit où la majorité des services assurés devraient être dispensés.

Adresse de cabinet supplémentaire – tout autre endroit où des services assurés devraient être dispensés.

Adresse du cabinet principal (cochez toutes les cases pertinentes)

☐ Exercice privé ☐ Groupe ☐ Hôpital ☐ Suppléance ☐ Services délégué ☐ Autre (p. ex., employé)

Destinataire (p. ex., a/s de, service de, à l'attention de, étage)

Date d'entrée en fonction

AAAA MM JJ

Adresse (numéro de voirie, rue et n° d'app. ou de bureau)

Ville	Province	Pays	Code postal
Numéro de téléphone ()	Poste	Numéro de télécopieur ()	Courriel

Adresse de cabinet supplémentaire (cochez toutes les cases pertinentes)

☐ Exercice privé ☐ Groupe ☐ Hôpital ☐ Suppléance ☐ Services délégué ☐ Autre (p. ex., employé)

Destinataire (p. ex., a/s de, service de, à l'attention de, étage)

Date d'entrée en fonction

AAAA MM JJ

Adresse (numéro de voirie, rue et n° d'app. ou de bureau)

Ville	Province	Pays	Code postal
Numéro de téléphone ()	Poste	Numéro de télécopieur ()	Courriel

Adresse de cabinet supplémentaire (cochez toutes les cases pertinentes)

☐ Exercice privé ☐ Groupe ☐ Hôpital ☐ Suppléance ☐ Services délégué ☐ Autre (p. ex., employé)

Destinataire (p. ex., a/s de, service de, à l'attention de, étage)

Date d'entrée en fonction

AAAA MM JJ

Adresse (numéro de voirie, rue et n° d'app. ou de bureau)

Ville	Province	Pays	Code postal
Numéro de téléphone ()	Poste	Numéro de télécopieur ()	Courriel

Adresse postale

Veillez remplir cette section si vous ne voulez pas que votre correspondance soit envoyée à l'adresse du cabinet principal.

Destinataire (p. ex., a/s de, service de, à l'attention de, étage)

Adresse (numéro de voirie, rue et n° d'app. ou de bureau)

Ville	Province	Pays	Code postal
Numéro de téléphone ()	Poste	Numéro de télécopieur ()	Courriel

Section 5 – Renseignements relatifs au service de transfert électronique des données des demandes de règlement pour services médicaux et au service de validation des cartes Santé

Vos demandes de règlement doivent être soumises par le service de transfert électronique des données conformément à l'article 38.3 du Règlement de l'Ontario 552 pris en application de la *Loi sur l'assurance-santé*. Le ministère vous enverra une lettre pour confirmer votre inscription et votre numéro de facturation du RASO. Cette lettre contiendra en outre des renseignements sur le transfert électronique des demandes de règlement pour services médicaux (TED SM) et sur les méthodes de validation des cartes Santé.

Section 6 – Paiement

J'autorise par la présente le ministère à effectuer des dépôts directement dans mon compte. J'ai joint un chèque numérisé ou un chèque original en blanc avec le mot « ANNULÉ » inscrit sur celui-ci, de mon institution financière, portant les numéros micro-encodés de succursale, d'établissement et de compte.

Section 7 – Attestation

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts et j'autorise le ministère de la Santé à en vérifier l'exactitude auprès d'autres sources. Ces sources comprennent, sans toutefois s'y limiter, les organismes qui réglementent ma profession (*p. ex., l'Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario*), ainsi que les facultés de médecine et les hôpitaux indiqués dans ma demande.

Je comprends qu'en présentant une demande pour obtenir un numéro de facturation du RASO et en l'obtenant, je deviens assujéti aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-santé* et des règlements y afférents. Il m'appartient notamment de lire et de comprendre les renseignements ci-dessous, sans toutefois s'y limiter.

- Bulletins relatifs aux politiques de paiements (en anglais) http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohip/bulletins/bulletin_mn.html
- Liste des prestations (en anglais) http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohip/sob/sob_mn.html
- Règlement de l'Ontario 57/97 pris en application de la *Loi sur l'assurance-santé*
http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/english/elaws_regs_970057_e.htm
- Règlement de l'Ontario 552 pris en application de la *Loi sur l'assurance-santé*
http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/english/elaws_regs_900552_ev002.htm

Je comprends que je suis tenu de me conformer à la *Loi sur l'assurance-santé* et aux règlements y afférents, y compris à la Liste des prestations s'appliquant aux médecins, le cas échéant, et que toutes les demandes de règlement doivent être soumises conformément à la Loi et aux règlements y afférents. Je reconnais que seules les demandes de règlement visant les services que j'ai dispensés peuvent être associés au(x) numéro(s) de facturation du RASO qui m'a(ont) été attribué(s), et que je suis seul responsable de la véracité de ces demandes, peu importe qui prépare et (ou) soumet ces demandes de règlement en mon nom et peu importe à qui est versé le règlement des honoraires réclamés.

Toute dérogation à la *Loi sur l'assurance-santé* ou aux règlements y afférents constitue une infraction provinciale.

Je comprends qu'à titre de dépositaire de renseignements sur la santé je suis tenu, en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, de prendre des mesures qui sont raisonnables dans les circonstances pour veiller à ce que les renseignements personnels sur la santé dont j'ai la garde ou le contrôle soient protégés contre le vol, la perte et une utilisation ou une divulgation non autorisée et à ce que les dossiers qui les contiennent soient protégés contre une duplication, une modification ou une élimination non autorisée.

Je comprends également que cette obligation s'applique aux renseignements personnels que je reçois du ministère ou aux renseignements personnels que je soumetts au ministère à l'égard de la facturation du RASO.

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Pour obtenir plus de renseignements sur la façon de remplir la présente demande ou d'obtenir un numéro de facturation du RASO, veuillez communiquer avec l'InfoCentre pour le soutien aux services du ministère par courriel : SSContactCentre.MOH@ontario.ca ou par téléphone au 1-800-262-6524.