

# Formulaire B – Renseignements de facturation

(À remplir par le thérapeute/consultant s'il facture l'Ordre pour des services de thérapie ou de consultation)

Ce formulaire doit être rempli par le thérapeute ou le consultant du demandeur s'il souhaite facturer directement l'Ordre pour les séances de thérapie ou de consultation du demandeur.

Si le demandeur paie lui-même les frais de thérapie ou de consultation, veuillez plutôt remplir le [Formulaire C : Demande de remboursement](#).

Ce formulaire peut être soumis en même temps que le [Formulaire A : Demande de financement](#) dans le cadre de la demande de financement d'un demandeur pour des services de thérapie et de consultation, ou il peut être soumis après que le comité de relations avec les patients (CRP) a déterminé que le demandeur est admissible à recevoir du financement pour des services de thérapie et de consultation.

## **Vous avez besoin d'aide ou de renseignements supplémentaires?**

Veillez consulter la page du site Web de l'Ordre sur [le financement pour les services de thérapie ou de consultation](#), ou contactez-nous directement :

### **FONDS POUR LA THÉRAPIE :**

Téléphone : 416 967-2644, poste 211 /  
1 800 268-7096, poste 211

Courriel : [therapyfund@cpso.on.ca](mailto:therapyfund@cpso.on.ca)

## **Renseignements sur le thérapeute ou le consultant**

Je fournirai des services de thérapie ou de consultation à \_\_\_\_\_.  
(Nom du demandeur)

Êtes-vous membre d'une profession de la santé réglementée?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

- 1) Ordre de réglementation \_\_\_\_\_ et
- 2) Numéro d'inscription : \_\_\_\_\_.

Dans la négative :

- 1) veuillez joindre un curriculum vitæ et préciser toute formation ou expérience concernant la prestation de services de thérapie ou de consultation à des survivants de violence sexuelle (le cas échéant), et confirmez :
- 2)  J'ai discuté de ma formation et de mon expérience et le demandeur est conscient que je ne suis pas membre d'une profession de la santé réglementée et que je ne suis pas assujéti à la discipline professionnelle de l'Ordre ni de tout autre organisme de réglementation.

## Renseignements sur la facturation

Nom du thérapeute ou consultant : \_\_\_\_\_

Adresse du cabinet : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation (si elle est différente de l'adresse du cabinet) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

## Renseignements sur le paiement

Les factures pour les services de thérapie et de consultation peuvent être soumises à l'Ordre :

**Par la poste :** Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (À l'attention de : « Fonds pour la thérapie »),  
80, rue College, Toronto (Ontario) M5G 2E2

**Courriel :** [therapyfund@cpso.on.ca](mailto:therapyfund@cpso.on.ca)

Un chèque pour le paiement sera envoyé par la poste au thérapeute ou au consultant dans les 30 jours qui suivront la réception de la facture.

## Attestations

En signant ce document, je reconnais et accepte ce qui suit :

1. Je comprends que le financement ne peut être utilisé que pour payer la thérapie ou la consultation comme l'a établi le CRP et conformément à la loi. Je comprends que je ne peux pas facturer l'Ordre afin d'obtenir un paiement pour les rendez-vous tardifs ou manqués, les médicaments ou la préparation de rapports de tiers.
2. Je comprends que les autres sources de financement pour la thérapie ou la consultation doivent être utilisées en premier et j'ai demandé au demandeur s'il a d'autres sources de financement à sa disposition, par exemple un régime privé d'assurance. Je comprends qu'il ne pourra y avoir de paiement en double pour le même service.
3. Je n'ai ni lien de parenté ni autre conflit d'intérêts potentiel avec le demandeur.
4. J'ai communiqué au demandeur les risques associés à la thérapie et à la consultation.
5. Je n'ai jamais été reconnu coupable d'inconduite professionnelle de nature sexuelle ni tenu responsable devant un tribunal civil ou criminel d'un acte de nature semblable, dans quelque territoire que ce soit.
6. Je m'engage à assurer la confidentialité de tous les renseignements obtenus dans le cadre du processus de demande de financement et à éviter d'utiliser ces renseignements à toute autre fin.
7. Je confirme que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, exacts, et je tiendrai l'Ordre au courant si ces renseignements ont changé depuis leur soumission.

\_\_\_\_\_  
Signature du thérapeute ou du consultant

\_\_\_\_\_  
Date