



Les renseignements demandés dans cette formule sont réunis en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, L.R.O. 1990, chap. H.6, paragraphe 4.1(1). Ils serviront à inscrire les fournisseurs de services de santé au service de transfert électronique de données (TED) afin de faciliter la facturation des médecins conformément aux articles 15 à 18 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

**Instructions :**

1. La présente demande doit être signée.
2. Les fournisseurs qui exercent seuls ou qui sont membres d'un cabinet collectif et l'agent(e) de facturation doivent remplir la formule d'engagement et l'accusé de réception du TED et la joindre à la présente demande.
3. Les fournisseurs qui exercent seuls et ceux qui sont membres d'un cabinet collectif doivent remplir les parties A à E.
4. Les agents de facturation et les vendeurs doivent remplir les parties A, B et E.
5. Si la demande est signée par un tiers (p. ex. : l'administrateur(trice) du cabinet collectif, le directeur/la directrice, le président/la présidente, le/la propriétaire, le/la titulaire du permis etc.), préciser le nom et le titre/le poste du/de la signataire.
6. Renvoyer la présente formule à l'adresse figurant ci-dessus.
7. Pour obtenir des renseignements, communiquer avec le service d'assistance du ministère de la Santé au 1 800 262-6524 ou au (613) 548-7981.

**Nota :** Tous les fournisseurs qui n'ont pas encore été autorisés à déposer des demandes de règlement assimilables par machine doivent passer un test. On vous communiquera les instructions à suivre pour soumettre un fichier test.

**Partie A : Inscription**

<input type="checkbox"/> fournisseur(euse) seul(e)	<input type="checkbox"/> cabinet collectif	<input type="checkbox"/> agent(e) de facturation
<input type="checkbox"/> vendeur(euse)		

**Partie B : Renseignements sur l'auteur(e) de la demande**

Nom de famille		Prénom			
Nom de l'organisation					
Adresse					
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone ( )	poste	N° de télécopieur ( )

**Mot de code de sécurité**

**Nota :** Vous devez fournir un mot de code de sécurité. Le ministère vous le demandera pour vérifier votre identité d'utilisateur inscrit.

**Partie C : Dépôt des demandes de règlement**

Votre ou vos rapports seront adressés à votre code d'identif. d'utilisateur du TED de GONet, sauf instructions contraires de votre part. Si vous désirez faire envoyer votre ou vos rapports à un autre code d'identif. d'utilisateur du TED de GONet, fournissez ce code d'identif. d'utilisateur dans l'espace prévu ci-dessous :

Rapport de vérification des demandes par lots	<input type="checkbox"/>	Code d'identif. d'utilisateur du TED de GONet	Nom/Organisation	_____
Rapport d'erreur dans la demande	<input type="checkbox"/>			_____
Avis de règlement des demandes	<input type="checkbox"/>			_____
Séquence de l'avis de règlement	<input type="checkbox"/>	N° d'assurance-santé/d'inscription	<b>OU</b>	<input type="checkbox"/>
				N° de comptabilisation

Le ministère de la Santé doit recevoir les demandes de changements trente (30) jours avant l'entrée en vigueur des changements visés pour que les données du fournisseur/de la fournisseuse de services soient transmises à l'utilisateur approprié.

**Vos demandes seront-elles préparées en votre nom par un(e) agent(e) de facturation?**

non  oui – nom de l'agent(e) de facturation : \_\_\_\_\_

**Partie D : Vérification de l'admissibilité par lots "jour suivant"**

Désirez-vous demander le service de vérification de l'admissibilité par lots "jour suivant" (*offert seulement aux fournisseurs qui s'inscrivent aux fins du dépôt des demandes de règlement*)? Les rapports de vérification de l'admissibilité par lots "jour suivant" seront adressés au code d'identif. d'utilisateur du TED de GONet de la personne qui dépose le dossier.

non  oui

**Partie E : Signature de l'auteur(e) de la demande**

Signature	Date
Nom (au complet en lettres moulées)	Poste ou titre
Date préférée d'entrée en vigueur du TED (aaaa/mm/jj)	

**Partie F : Réserve au ministère de la Santé**

Claims test required  no  yes

GONet EDT User ID assigned	Temp. password	District code	OCCS station no.	Operator number
Effective EDT date (yyyy/mm/dd)	EDT end date (yyyy/mm/dd)	Processed by	Date	