

Collection of the information on this form is authorized under the *Health Insurance Act*, R.S.O. 1990, c.H.6, Section 4.1(1). It will be used to register service providers for the Electronic Data Transfer (EDT) Service to facilitate physicians billings under sections 15 to 18 of the *Health Insurance Act*. For information contact the MOHLTC Help Desk at 1 800 262-6524 or (613) 548-7981 or write to the Director, Registration and Claims Branch, 49 Place d'Armes, 3rd floor, Kingston ON K7L 5J3.

Instructions:

1.

This application must be signed.
2.

Solo/group providers and billing agents must complete the EDT Undertaking and Acknowledgement form and attach it to this application.
3.

Solo and group providers must complete Parts A to E.
4.

Billing agents and vendors must complete Parts A, B and E.
5.

Applications signed by a third party (e.g. Group Administrator, Director, President, Owner, Licensee etc) must indicate their name and title / position.
6.

Return this application to the address at the top of the form. Allow 4 to 6 weeks for processing.
7.

For information contact: MOHLTC Help Desk 1 800 262-6524 or (613) 548-7981.

Note: A test submission is mandatory for all providers who are not currently approved to submit machine readable input claims (MRI). You will be contacted with instructions on how to submit a test file.

Connectivity Method: ☐ Datapac ☐ Direct Dial ☐ ENA ☐ SSHA ☐ Other

Do you use a Network Provider? ☐ No ☐ Yes (*identify*) _____

Confidential when completed

Part A: Registration

Your billing type (*check ✓ one only*):

☐ Solo provider number

☐ Group group number

☐ billing agent

☐ vendor

Part B: Applicant Information

Last Name

First Name

Initial

☐ Dr. ☐ Mr.

☐ Mrs. ☐ Ms.

Organization Name

Address

City

Province

Postal Code

Telephone No.
()

ext.

Fax No.
()

Security Code Word

Maximum of 20 characters.

Note: You must provide a security code word. This security code word will be requested by the Ministry to verify your identity as a registered user.

Part C: Fee-for-Service Claims Submission

Your report(s) will be delivered to your own GONet EDT User ID unless you indicate otherwise. If you wish to have your report(s) delivered to an alternate GONet EDT User ID, please provide that User ID in the space(s) below:

Claims Batch Edit Report

M

O

H

GONet EDT User ID

Name/Organization

Claims Error Report

M

O

H

GONet EDT User ID

Name/Organization

Claims Remittance Advice

M

O

H

GONet EDT User ID

Name/Organization

Remittance Advice Sequence: ☐ Health/OHIP/Registration Number *OR* ☐ Accounting Number

Request for changes must be received by the Ministry of Health and Long-Term Care thirty (30) days prior to a change becoming effective to ensure the service provider's data is forwarded to the correct User ID.

Will your claims be prepared for you by an external billing agent?

☐ No ☐ Yes (*specify name of billing agent*) _____

Part D: Overnight Batch Eligibility Checking (OBEC) (OBEC is not available to billing agents at this time)

Do you wish to apply for the Overnight Batch Eligibility Checking Service (*only available to providers who register for fee-for-service claims submission*). OBEC reports will be returned to the GONet EDT User ID of the individual submitting the file.

☐ No ☐ Yes

Part E: Applicant's Signature

Signature

Date

Name (*print full name*)

Position or Title

Preferred EDT Start Date (*yyyy/mm/dd*)

Part F: Ministry of Health and Long-Term Care Use Only

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

Les renseignements demandées dans cette formule sont réunis en vertu de la *Loi sur assurance-santé*, L.R.O. 1990, chap. H.6, alinéa 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*. Pour se renseigner sur le service d'assistance TED, appelez le 1 800 262–6524 ou le (613) 548–7981, ou écrivez au directeur ou à la directrice de l'inscription et des demandes de règlement, 49, Place d'Armes, 2^e étage, Kingston ON K7L 5J3.

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 les 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.

Méthode de connectivité : ☐ Data Pac ☐ Appel direct au cadran ☐ Accès externes au réseau ☐ Agence des Systèmes intelligents pour la santé ☐ Autre

Utilisez-vous un fournisseur de service Internet? ☐ Non ☐ Oui (*précisez*) _____

Reseignments confidentiels

Partie A : Inscription

Votre type de facturation (*prière de ne cocher qu'une seule case*)

☐ fournisseur(euse) seul(e)

N° de fournisseur(euse)

☐ cabinet collectif

N° de cabinet collectif

☐ agent(e) de facturation

☐ vendeur(euse)

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

Nom de famille

Prénom

Initiale

☐ Dre ☐ M.

☐ Dr ☐ M^{me}

Nom de l'organisation

Adresse

Ville

Province

Code postal

N° de téléphone ()

poste

N° de télécopieur ()

Mot de code de sécurité

Maximum 20 caractères.

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

Partie C : Dépôt des demandes de règlement

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

Rapport de vérification des demandes par lots

Code d'identif. d'usager du TED de GONet

Nom/Organisation

Rapport d'erreur dans la demande

Code d'identif. d'usager du TED de GONet

Nom/Organisation

Avis de règlement des demandes

Code d'identif. d'usager du TED de GONet

Nom/Organisation

Séquence de l'avis de règlement ☐ N° d'assurance-santé/d'inscription Ou ☐ N° de comptabilisation

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit recevoir les demandes de changements trente (30) jours avant l'entrée en vigeur des changements visés pour que les données du fournisseur/de la fournisseuse de services soient transmises à l'usager 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" (À l'heure actuelle, les agentes et agents de facturation ne peuvent pas accéder au SVAL (Système « jour suivant » de vérification de l'admissibilité par lots).

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'usager 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 vigeur du TED (*aaaa/mm/jj*)

Partie F : Réservé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée

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