

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* and for the administration of the *Health Insurance Act* and related programs. 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, 4th 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.

 Connectivity Method:  Datapac  Direct Dial  ENA  SSHA  Other

 Do you use a Network Provider?  No  Yes (*identify*) \_\_\_\_\_

**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	<input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Mr.
			<input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H _____ GONet EDT User ID	_____ Name/Organization
--------------------------	---	-------------------------

Claims Error Report	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H _____ GONet EDT User ID	_____ Name/Organization
---------------------	---	-------------------------

Claims Remittance Advice	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> 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 ( <i>print full name</i> )	Position or Title
---------------------------------	-------------------

Preferred EDT Start Date ( <i>yyyy/mm/dd</i> )	
--	--

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

 Claims test required  No  Yes

GONet EDT User ID assigned <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H _____	Temp. password _____	District code _____	OCCS station no. _____	Operator number _____
--	-------------------------	------------------------	---------------------------	--------------------------

Effective EDT date ( <i>yyyy/mm/dd</i> )	EDT end date ( <i>yyyy/mm/dd</i> )	Processed by _____	Date _____
--	------------------------------------	-----------------------	---------------

Les renseignements demandés dans cette formule sont réunis en vertu de la *Loi sur l'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* ainsi que pour l'administration de la *Loi sur l'assurance-santé* et des programmes qui y sont reliés. 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, 4<sup>e</sup> 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.

 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) \_\_\_\_\_

**Partie A : Inscription**

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

 fournisseur(euse) seul(e)  cabinet collectif  agent(e) de facturation  vendeur(euse)

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

Nom de famille	Prénom	Initiale	<input type="checkbox"/> Dre <input type="checkbox"/> M.
			<input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup>

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'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"/> M <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	Code d'identif. d'utilisateur du TED de GONet	Nom/Organisation
---	--	---	------------------

Rapport d'erreur dans la demande	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	Code d'identif. d'utilisateur du TED de GONet	Nom/Organisation
----------------------------------	--	---	------------------

Avis de règlement des demandes	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H	Code d'identif. d'utilisateur 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 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" (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'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 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
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> H				

Effective EDT date (yyyy/mm/dd)	EDT end date (yyyy/mm/dd)	Processed by	Date
---------------------------------	---------------------------	--------------	------