

Please type or print.

Part A: Service Provider/Group Data			
Name		Registration Number	
Street Number and Name			
City	Province	Postal Code	Telephone Number (      )

Part B: Media of Claims Submission and Remittance Advice			
<b>1. Requested Media of Claims Submission</b>	<input type="checkbox"/> Magnetic tape – 1600 B.P.I.	<input type="checkbox"/> 3 1/2" Mac diskette – DSDD	<input type="checkbox"/> 3480 IBM cartridge
	<input type="checkbox"/> Magnetic tape – 6250 B.P.I.	<input type="checkbox"/> 3 1/2" DOS diskette – DSDD	
<b>2. RA Media</b> <i>Machine Readable Output will be supplied in the same media as MRI.</i>			
<b>3. Supplier of Software</b>		Name of Software Package	
<b>4. RA Sequence</b> (check <input checked="" type="checkbox"/> one) <input type="checkbox"/> Alpha <input type="checkbox"/> Accounting Number			

Part C: Billing Agent Information (complete only if applicable)	
Name of Billing Agent	Name of Contact
Street Number and Name	
City	Province      Postal Code      Telephone Number (      )
<input type="checkbox"/> Send notification of deleted claims (Error Report) to above Billing Agent	

**Note:** *The RA for an individual service provider will be forwarded to the billing agent. The local Ministry of Health and Long-Term Care office must be notified thirty (30) days prior to a change in billing agent to ensure the service provider's data is forwarded to the correct location.  
The first RA will be provided the month following receipt of the first claims submission.*

Part D: Machine Readable Input/Output Delivery/Pick-up Location
To minimize the risk of damage, it is suggested that the MRI be delivered to your local Ministry of Health and Long-Term Care office. The Ministry of Health and Long-Term Care does not cover courier service expenses incurred for diskette packages delivered to your office.

Part E: Signature				
<b>Instructions</b>				
1. This application must be signed and submitted with the Undertaking by IHP for Participation in MRI (form no. 4752-84).				
2. An Undertaking by IHP for Participation in MRI (form no. 4752-84) must be signed by each affiliate of a group.				
3. Applications submitted by a third party (e.g. Group Administrator, Director, President, Owner, Licensee, etc.) must indicate the name and title of such party.				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Name</td> <td style="width: 25%;">Position or Title</td> <td style="width: 25%;">Signature</td> <td style="width: 25%;">Date</td> </tr> </table>	Name	Position or Title	Signature	Date
Name	Position or Title	Signature	Date	

Ministry use only / Réserve au ministère			
Operator no.	Alpha Id.	Options	Effect date Input                      Output
Forward RA to: District Office <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes    Data set name:		For: District Office	
Include on existing tape			

*Veillez écrire à la machine ou en lettres moulées.*

**Partie A : Renseignements sur le fournisseur de services ou le cabinet**

Nom		Numéro d'inscription			
Numéro de voirie et rue					
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone		

**Partie B : Support des demandes de règlement et des avis de règlement**

1. **Support souhaité pour les demandes de règlement**

<input type="checkbox"/> Bande magnétique – 1 600 bits/po	<input type="checkbox"/> Disquette Mac 3 1/2 – DFDD	<input type="checkbox"/> Cartouche IBM 3480
<input type="checkbox"/> Bande magnétique – 6 250 bits/po	<input type="checkbox"/> Disquette DOS 3 1/2 – DSD	

2. **Support des avis de règlement** *Le même support que pour les demandes de règlement sera utilisé.*

3. **Fournisseur du logiciel** Nom du logiciel

4. **Ordre des avis de règlement** (cocher  *une seule réponse*)  ordre alphabétique  par n° de compte

**Partie C : Renseignements sur le service de facturation (Ne remplir que s'il y a lieu)**

Nom du service de facturation		Nom de la personne-ressource			
Numéro de voirie et rue					
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone		

Informez le service de facturation susmentionné des demandes de règlement annulées en raison d'une erreur.

**Nota :** *L'avis de règlement pour un fournisseur de services donné sera acheminé au service de facturation. En cas de changement de service de facturation, le bureau du ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit être avisé au moins 30 jours à l'avance pour que les données concernant le fournisseur soient envoyées au bon endroit.  
Le premier avis de règlement sera fourni dans le courant du mois suivant la réception de la première demande de règlement.*

**Partie D : Livraison et ramassage des supports de données**

Pour réduire au minimum les risques de dommages, on conseille de livrer les supports de données au bureau du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de votre région.

Le ministère ne couvre pas les frais de messagerie engagés pour la livraison de disquettes à votre bureau.

**Partie E : Signature**

**Instructions**

1. La présente demande doit être signée et accompagnée du formulaire « Engagement du fournisseur interdisciplinaire de soins de santé à participer à l'entrée de données lisibles par machine » (formulaire n° 4752-84).
2. Le formulaire « Engagement du fournisseur interdisciplinaire de soins de santé à participer à l'entrée de données lisibles par machine » (formulaire n° 4752-84) doit être signé par chaque membre d'un cabinet.
3. Les demandes présentées par un tiers (p. ex. l'administratrice du cabinet, le directeur ou la directrice, le président ou la présidente, le ou la propriétaire, le ou la titulaire du permis, etc.) doivent porter le nom et la fonction de ce tiers.

Nom	Poste ou fonction	Signature	Date
-----	-------------------	-----------	------