

## **Undertaking by Interdisciplinary Health Providers (IHP) for Participation in Machine Readable Input (MRI)**

## **Engagement du fournisseur interdisciplinaire de soins de santé à participer à l'entrée de données lisibles par machine**

I / Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

a legally qualified / dûment qualifié(e), \_\_\_\_\_

lawfully entitled to practise in the Province of Ontario, and duly registered with the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) for the purpose of submitting service encounters, undertake:

ayant l'autorisation légale d'exercer dans la province d'Ontario et ayant reçu du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) l'autorisation de fournir des services de consultation, m'engage :

That data pertaining to all service encounters rendered by the above noted and submitted in MRI will conform to the technical specification criteria and conditions governing the acceptance of claims submissions in MRI.

à ce que les données relatives à tous les services de consultation fournis par le fournisseur susmentionné présentées sous forme lisible par machine soient conformes aux normes de spécifications techniques et aux conditions régissant l'acceptation des demandes de règlement présentées sous forme lisible par machine;

That where I propose to cease to submit service encounter data in MRI for any reason, I will notify the MOHLTC to that effect and will cease to submit service encounter data in MRI sixty (60) days after written notice to that effect is received by the MOHLTC.

à faire parvenir un avis au MSSLD si, pour quelque raison que ce soit, je décide de cesser de présenter des données relatives à des services de consultation sous forme lisible par machine et à cesser de présenter des données semblables 60 jours après la réception par le MSSLD de cet avis.

The Ministry of Health and Long-Term Care's collection of the information on this form is necessary for the proper administration of the Primary Care Nurse Practitioner Program and Family Health Teams initiatives. The information will be used to assess, verify and monitor eligibility for payment and conduct program evaluations. For information about this collection, call 1 866 766-0266, in Toronto 416 325-3575, or write to the Director, Primary Health Care Branch, 80 Queen Street, 3rd Floor, Kingston ON K7K 6W7.

Les renseignements recueillis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans le présent formulaire sont nécessaires pour l'administration du Programme des infirmières praticiennes en soins primaires et des équipes de santé familiale. Ils serviront à évaluer, à vérifier et à contrôler l'admissibilité aux paiements et à procéder à l'évaluation des programmes. Pour en savoir plus sur la collecte des renseignements, composez le 1 866 766-0266 ou, dans la région de Toronto, le 416 325-3575 ou encore écrivez au directeur des Soins primaires, au 80, rue Queen, 3<sup>e</sup> étage, Kingston ON K7K 6W7.

\_\_\_\_\_  
(Print Name/Nom en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
(Signature)

\_\_\_\_\_  
(Ministry Provider Number/N<sup>o</sup> de fournisseur du ministère)

\_\_\_\_\_  
(Date)