

## Consentement du fournisseur interdisciplinaire de soins de santé à la participation du personnel infirmier praticien à l'Initiative d'inscription et de suivi des services de consultation PIP

Remplir le formulaire et le faire parvenir à l'Initiative SUIVI PIP à l'adresse indiquée ci-dessous :

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Soins primaires  
80, rue Queen, 3<sup>e</sup> étage  
Kingston ON K7K 6W7

Je, Nous le(s) soussigné(s), consens (consentons) à ce que le personnel infirmier praticien que j'emploie (nous employons) participe à l'Initiative SUIVI PIP et transmette les codes relatifs aux nouveaux services de consultation fournis qui entrent dans la définition de ses fonctions. Les codes des services de consultation et les données sur les patients transmis par le personnel infirmier praticien ou par le fournisseur, au nom du personnel infirmier praticien, sont entrés dans le Système de paiement des demandes de règlement pour services médicaux, pour permettre au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) d'évaluer ou de verser les fonds servant à rémunérer le personnel infirmier praticien pour la prestation des soins de santé.

### CONSENTEMENT :

_____	_____	
(Nom de l'organisation)	(Code d'identification du cabinet / groupe)	
_____	_____	_____
(Nom du dirigeant de l'organisation)	(Signature du dirigeant de l'organisation)	(Date)

### Membres du personnel infirmier praticien

_____	_____	_____	_____
(Nom)	N° de fournisseur IA (cat. spéc.)	(Signature)	(Date de prise d'effet)
_____	_____	_____	_____
(Nom)	N° de fournisseur IA (cat. spéc.)	(Signature)	(Date de prise d'effet)
_____	_____	_____	_____
(Nom)	N° de fournisseur IA (cat. spéc.)	(Signature)	(Date de prise d'effet)
_____	_____	_____	_____
(Nom)	N° de fournisseur IA (cat. spéc.)	(Signature)	(Date de prise d'effet)

### Autres renseignements (formulaires à faire remplir par le personnel infirmier praticien)

- Engagement du fournisseur interdisciplinaire de soins de santé à participer à l'entrée de données lisibles par machine (formulaire n° 4752-84)
- Transfert électronique de données (TED) – engagement et attestation du fournisseur interdisciplinaire de soins de santé (formulaire n° 4721-84)

### Remarques

- Avant de fournir ses services, le membre du personnel infirmier praticien doit attendre que le MSSLD lui confirme qu'il est inscrit comme membre de l'organisation.
- La transmission électronique ou au moyen d'une disquette doit avoir été approuvée avant que le membre du personnel infirmier praticien puisse fournir ses services.
- Pour fournir des services, il faut utiliser le numéro de facturation d'IA (cat. spéc.) (soit 7#####) ainsi que le numéro de facturation du groupe de l'organisation (soit G###).
- Les services du personnel infirmier praticien sont assujettis aux règles habituelles applicables au traitement des demandes pour l'Assurance-santé de l'Ontario (obligation de fournir un numéro de carte Santé et un code de version en règle, présentation des demandes de règlement dans un délai de six mois, etc.).

## Interdisciplinary Health Provider (IHP) Nurse Practitioner (NP) Authorization for Participation in the NP Service Encounter Reporting and Tracking (SERT) Initiative

**Complete and return forms to the NP SERT Program at the appropriate address below:**

Ministry of Health and Long-Term Care  
Primary Health Care  
80 Queen Street, 3<sup>rd</sup> Floor  
Kingston ON K7K 6W7

We, the undersigned, agree that the Nurse Practitioner(s) that we employ will participate in the NP Service Encounter Reporting and Tracking Initiative and will submit new service encounter codes, identified as within the scope of his/her practice. The service encounter codes and patient information submitted by the Nurse Practitioners, or by the organization as an agent of the Nurse Practitioner, will be submitted through the Medical Claims Payment System in order for the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) to determine or provide funding to the Nurse Practitioners for the provision of health care.

### AGREED:

(Name of Organization)	(Group ID)	
(Name of Organization's Lead)	(Signature of Organization's Lead)	(Date)

### Nurse Practitioner(s):

(Name)	RN (EC) Provider Number	(Signature)	(Effective Date)
(Name)	RN (EC) Provider Number	(Signature)	(Effective Date)
(Name)	RN (EC) Provider Number	(Signature)	(Effective Date)
(Name)	RN (EC) Provider Number	(Signature)	(Effective Date)

### Additional Requirements: (forms to be completed by the Nurse Practitioner)

1. Interdisciplinary Health Provider – Undertaking by IHP for Participation in MRI (form no.4752–84)
2. Interdisciplinary Health Provider – Electronic Data Transfer (EDT) Undertaking and Acknowledgement (form no. 4721–84)

### Note:

- The NP must wait for confirmation from the MOHLTC that he/she has been affiliated with the organization prior to submitting his/her services.
- The NP must be approved for diskette/electronic submission prior to submitting his/her services.
- The NP services must be submitted using his/her RN (EC) Billing Number (starts with 7#####) and the organization's group billing number (starts with G###).
- NP services will be subject to normal OHIP processing rules and regulations (e.g. must have valid Health Number and Version Code, six month submission deadline, etc.).