Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Application for Interdisciplinary Health Provider (IHP) Group Registration
Demande d'inscription de cabinet par le fournisseur interdisciplinaire de soins de santé

We, the undersigned, currently licensed to practice in the Province of Ontario request designation as a Group to be known as:
Nous, les soussignés légalement autorisés à exercer dans la province de l'Ontario, demandons d'être désignés en tant que cabinet sous le nom suivant :

Group Name / Nom du cabinet	Effective Date of the Group for services on or after Services du cabinet couverts le ou à partir du	year / année	month / mois	day / jour

The name entered above will appear on the cheque and remittance advice, subject to approval by the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC).
Le nom tel qu'il est inscrit ci-dessus apparaîtra sur le chèque et l'avis de règlement, sous réserve de l'approbation du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Group Address / Adresse du groupe

Street No. / Nº de voirie	Street Name / Rue	Suite / Bureau	City / Ville	Province	Postal Code / Code postal
				ON	

We understand that only one remittance advice per month will be issued payable to the above named Group as registered. We further understand that the MOHLTC registration number of the Provider providing services must appear on each submitted claim. This document serves as the MOHLTC's authorization to make payment to the Group for services rendered by the Providers listed below.

Il est entendu qu'il n'y aura qu'un paiement par mois fait au cabinet susmentionné. Nous nous engageons également à inscrire sur chaque demande de règlement le numéro d'inscription de fournisseur auprès du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le présent formulaire autorise le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à effectuer des paiements au cabinet en contrepartie des services rendus par les fournisseurs indiqués ci-dessous.

Providers to be registered with the Group **Fournisseurs à inscrire au cabinet**			**Signatures** Must be signed by each provider personally Faire signer chaque fournisseur personnellement
Name Nom	Provider Number Nº de fournisseur	Licence No. Nº du permis d'exercice	

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, 3e étage, Kingston ON K7K 6W7.

Notify the MOHLTC of any changes in the above information. / Aviser le MSSLD de tout changement dans les renseignements fournis ci-dessus.

Return this form to your local MOHLTC office. / Faire parvenir le formulaire rempli au bureau du MSSLD le plus proche.

Queen's Printer for Ontario, 2010 / ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2010