Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care

EDT Registration
PO Box 68
Kingston ON K7L 5K1

Application for Interdisciplinary Health Provider (IHP) GONet Electronic Data Transfer (EDT) Service

Instructions:

1. This application must be signed.
2. Solo/group providers and billing agents must complete the EDT Undertaking and Acknowledgement *(form no. 4721–84)* 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: ☐ 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	☐ Dr. ☐ Mr. ☐ Mrs. ☐ 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 | M | O | H | | | | | | GONet EDT User ID _____ Name/Organization

Claims Error Report | M | O | H | | | | | | GONet EDT User ID _____ Name/Organization

Claims Remittance Advice | M | O | 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 *(print full name)*	Position or Title

Preferred EDT Start Date *(yyyy/mm/dd)*

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

Claims test required ☐ No ☐ Yes

GONet EDT User ID assigned	Temp. password	District code	OCCS station no.	Operator number	
| M | O | H |					

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

4750–84 (2022/11) © King's Printer for Ontario, 2022 / © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2022

Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Inscription au TED
CP 68
Kingston ON K7L 5K1

Demande de service de transfert électronique de données (TED) de GONet par le fournisseur interdisciplinaire de soins de santé

Directives

1. La présente demande doit être signée.
2. Les fournisseurs qui exercent seuls ou qui sont membres d'un cabinet ou leur service de facturation doivent remplir le formulaire « Transfert électronique de données (TED) – engagement et attestation du fournisseur interdisciplinaire de soins de santé » *(formulaire nº 4721–84)* et le joindre au présent formulaire.
3. Les fournisseurs qui exercent seuls et ceux qui sont membres d'un cabinet doivent remplir les parties A à E.
4. Les services de facturation et les fournisseurs de produits ou services doivent remplir les parties A, B et E.
5. Si la demande est signée par un tiers (p. ex., l'administrateur ou 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.), préciser le nom et le titre ou le poste du signataire.
6. Renvoyer le présent formulaire à l'adresse figurant ci-dessus.
7. Pour obtenir des renseignements, communiquer avec le service d'assistance du ministère de la Santé et des Soins de longue durée au 1 800 262–6524 ou au 613 548–7981.

Mode de connexion : ☐ Composition automatique ☐ 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)*

☐ médecin exerçant seul |_|_|_|_|_|_| Nº de fournisseur

☐ cabinet |_|_|_|_| Nº de cabinet collectif

☐ service de facturation
☐ fournisseur de produits ou services

Partie B : Renseignements sur le requérant

Nom de famille	Prénom	Initiales	☐ Dre ☐ Dr	☐ M. ☐ Mme

Nom de l'organisation

Adresse

Ville	Province	Code postal	Nº de téléphone	poste	Nº 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 |M|O|H|_|_|_|_|_| Code d'identif. d'utilisateur du TED de GONet — _____ Nom / Organisation

Rapport d'erreur dans la demande |M|O|H|_|_|_|_|_| Code d'identif. d'utilisateur du TED de GONet — _____ Nom / Organisation

Avis de règlement des demandes |M|O|H|_|_|_|_|_| Code d'identif. d'utilisateur du TED de GONet — _____ Nom / Organisation

Séquence de l'avis de règlement ☐ Nº d'assurance-santé/d'inscription *Ou* ☐ Nº de compte

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 services soient transmises à l'utilisateur concerné.

Vos demandes seront-elles établies en votre nom par un service de facturation?

☐ Non ☐ Oui – précisez le nom du service de facturation : _____

Partie D : Vérification de l'admissibilité par lots "jour suivant" *(À l'heure actuelle, les services 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 du requérant

Signature	Date

Nom *(au complet en lettres moulées)*	Poste ou titre
Date préférée d'entrée en vigueur du TED *(aaaa/mm/jj)*	

Partie F : Réservé 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	
|M|O|H|_|_|_|_|_|					

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

 © King's Printer for Ontario, 2022 / © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2022