Ontario

**Ministère de la Santé**

# Demande de participation au système IRV

*Le ministère de la Santé de l'Ontario a le plaisir de vous offrir ce système interactif de réponse vocale (IRV) qui vous permettra de vérifier les cartes Santé à l'aide d'un téléphone à clavier. Vous pourrez composer un numéro 1 800, ou un numéro de téléphone local, enter le numéro de carte Santé, le code de version à vérifier et vous recevrez une réponse indiquant le* ***statut de l'information demandée.*** *Ce service est gratuit. Vous recevrez votre numéro d'identification personnel (NIP), ainsi qu'un Guide d'utilisation. Ce service est offert conformément à l'entente conclue entre le ministère de la Santé et l'OMA en août 1993.*

*Pour vous inscrire au système IRV, veuillez remplir la présente formule, la signer et la renvoyer au bureau du ministère de la Santé de votre région. Écrivez ci-dessous en lettres moulées.*

| Nom de l'auteur(e) de la demande | |
|---|---|
| Nom de l'hôpital/de l'établissement *(si l'auteur(e) de la demande se trouve dans un hôpital/un établissement)* | Nom du service |
| Nº d'inscription au ministère de la Santé *(nº de fournisseur/fournisseuse, nº d'hôpital/d'établissement)* | Nº de téléphone |
| Adresse | |
| | Code postal |
| S'agit-il d'une nouvelle adresse? ☐ oui ☐ non | Langue préférée ☐ français ☐ anglais |

**Conditions de participation au système IRV**

- Vous ne pouvez utiliser votre NIP que pour votre usage exclusif ou celui de personnes désignées par vous.
- Vous avez le devoir de vous assurer que le NIP ne sert qu'à vérifier la validité des cartes Santé qui vous sont présentées.
- Toute utilisation impropre de votre NIP peut entraîner votre radiation du système IRV.

J'accepte les conditions de ma participation au système IRV, aux fins de vérification de la validité des cartes Santé, en date du _____ et souhaite participer à ce service.

| Signé | Date |
|---|---|
| | |

Les renseignements demandés dans la présente formule sont réunis en vertu des alinéas 4 (2) c ) et f ), des article 15 à 18, et de l'article 29 de la ***Loi sur l'assurance-santé***. Pour se renseigner sur les pratiques de collecte des renseignements, il convient de s'adresser au directeur ou à la directrice de l'inscription et des demandes de règlement en appelant le 613-548-6559, ou le bureau du ministère de la Santé de votre région.


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

Ontario

Ministry of Health

# Application for IVR Participation

*The Ontario Ministry of Health is pleased to offer the Interactive Voice Response (IVR) system to verify Health Cards using a touch tone phone. You will be able to enter a 1 800 or local phone number, key in the Health Number/Version code to be verified, and receive a reply indicating the* **status of the information entered.** *There is no charge for this service. You will receive your Personal Identification Number (PIN) and a User Manual. This service is available in accordance with the August 1993 OMA/ MOH agreement.*

*To register for IVR access, complete this form, sign and return to your local Ministry of Health office. Please print below.*

| Applicant name | |
|---|---|
| Name of hospital/institution *(If applicant is in a hospital/institution)* | Department name |
| MOH registration number *(Provider no, hospital/Institution no.)* | Telephone no. |
| Address | |
| | Postal code |
| Is this a new address<br>☐ yes ☐ no | Language preference<br>☐ French ☐ English |

**Terms of IVR participation**

- Your PIN is for your use or persons designated by you.
- It is your responsibility to ensure that the PIN is used only for the purpose of Health Card verification.
- Misuse of this PIN could result in the termination of your participation in the IVR service.

I accept the conditions of the Terms of IVR Participation, for the purpose of Health Card verification, dated _____ and wish to participate in this service.

| Signed | Date |
|---|---|
| | |

Information on this form is collected and used under the authority of Clauses 4(2)(c) and (f), section 15 to 18 and section 29 of the ***Health Insurance Act.*** Questions about this collection should be directed to: Director, Registration and Claims Branch 613-548-6559, or your local Ministry of Health office.


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