

SERVICE PROVIDER NAME & N°(if available)
NOM & N° (le cas échéant) DU FOURNISSEUR DE SERVICES

ADDRESS/
ADRESSE

CITY OR VILLAGE/
VILLE OU VILLAGE

POSTAL CODE/
CODE POSTAL

PHONE NUMBER / N° DE TÉLÉPHONE (other/autre)

1. TYPE OF PRACTICE (Check one)

GENRE DE PRATIQUE (Cochez une boîte) Established / Pratique établie Locum Tenens

2. If applicable, please indicate the name and telephone number of the person(s) who is/are to submit claims of your behalf.
Le cas échéant, indiquer le nom et numéro de téléphone de la/les personne(s) qui va/vont soumettre les factures en votre nom.

3. BILLING SOFTWARE / LOGICIEL DE FACTURATION

Name/Nom : (Check one) TELEMED Other (please specify) _____
(Cochez une boîte) TELEMED Autre (s.v.p. spécifier) _____

Supplier/Fournisseur _____

4. MODEM & OPERATING SYSTEM / MODEM ET SYSTÈME D'EXPLOITATION

5. APPLICABLE TO THIRD PARTY USERS ONLY / SEULEMENT APPLICABLES AUX UTILISATEURS DE LOGICIELS TIERS.

I wish to receive my Medicare statements as follows. (Check one) Paper Electronic

Je désire recevoir mes relevés de la façon suivante. (Cochez une boîte) Papier Électronique

ADDITIONAL DOCUMENTS / DOCUMENTS ADDITIONNELS

Practitioners are responsible for forwarding a copy of their signed retention source documents of their first batch of claims submitted for Medicare Payment, as specified in section 1.2 Registration Procedures.

Les praticiens sont responsables de faire parvenir une copie signée des documents de validité originaux de leur premier lot de réclamation soumis à l'Assurance- maladie pour paiement, tel que précisé à la section 1.2 des conditions relatives à l'inscription.

TRANSMISSION IS AVAILABLE 24 HOURS A DAY 7 DAYS A WEEK.
LA TÉLÉTRANSMISSION EST DISPONIBLE 24 HEURES PAR JOUR 7 JOURS PAR SEMAINE.

I, duly registered practitioner, make application to utilize the Teletransmission Claim Submission services with the full understanding of the Regulations under the Medical Services Act and agreement with the terms and conditions of Teletransmission Agreement.

Je, soussigné, praticien dûment inscrit, fais application pour utiliser le service de télétransmission pour la soumission de factures. Je comprends les règlements de la Loi sur le Paiement des services médicaux et j'accepte les dispositions et clauses de l'Entente de télétransmission.

SERVICE PROVIDER SIGNATURE/SIGNATURE DU FOURNISSEUR DE SERVICES

DATE