



**Ministry of Health  
and Long-Term Care**

**Primary Health Care Team  
Underserved Area Program**  
159 Cedar Street, Suite 402  
Sudbury ON P3E 6A5  
Telephone: (705) 564-7280  
Toll free: 1 866 727-9959

**Ministère de la Santé  
et des Soins de longue durée**

**Équipe de renouvellement des soins primaires  
Programme des services aux régions insuffisamment desservies**  
159, rue Cedar, bureau 402  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : (705) 564-7280  
Sans frais : 1 866 727-9959

**Outreach Program  
Monthly Billing**

**Formule de facturation mensuel  
Programme de services itinérants**

*Instructions on reverse side / Directives au verso*

Program #140501

Nursing station / poste de soins infirmiers:

Dental clinic / Clinique dentaire :

**For physicians only: / Pour les médecins seulement :**

Are you on an alternate Payment Plan? / Participez-vous à un autre plan de paiement?  yes / oui  no / non

**Stipend calculation: (only if physician DID NOT bill FFS)**

**Calcul de l'allocation monétaire : (uniquement si le médecin N'A DEMANDÉ AUCUN paiement à l'acte)**

Date	Clinic (hrs) Clinique (heures)	Travel (hrs) Déplacements	Total (hrs) N° total d'heures	Honorarium Honoraires	Stipend Allocation monétaire (Physicians only) (médecins seulement)	Assistant (Dental only / dentaire seulement)	Total Amount Montant total
				\$	\$	\$	\$
				\$	\$	\$	\$
				\$	\$	\$	\$
				\$	\$	\$	\$
				\$	\$	\$	\$
				\$	\$	\$	\$
				\$	\$	\$	\$
Monthly telephone back-up (nursing stations only) Soutien téléphonique mensuel (postes de soins infirmiers seulement)							\$
<b>Total monthly claim / Montant mensuel total demandé</b>							\$

**Certificate**

*I certify that the above information is correct*

**Attestation**

*Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts*

Nursing station's authorized signature  
Personne autorisée à signer pour le poste de soins infirmiers

Date

Claimant's name (please print)/Nom du demandeur (en lettres moulées)

Claimant's signature/Signature du demandeur

Claimant's mailing address/Adresse postale du demandeur

Street #/rue Street name/rue

City/Town/Ville Prov. Postal Code/Code Postal

Telephone no./Téléphone

I authorize this claim, being satisfied as to necessity, reasonableness and accuracy / J'autorise cette demande jugée nécessaire, raisonnable et exacte.

Signature

Name of payments clerk/Nom du commis aux paiements

Approved/Approuvée

Signature

Name of Consultant/Nom du conseiller

TPBE	Ref # / N° de réf	Business unit Unité organisationnelle	Cost centre Centre de coûts	Account Compte	Amount Montant en \$	Recipient #
DCO			532374			
DCO			532374			
NSPO			532377			

The Ministry of Health and Long-Term Care is authorized to collect the personal information requested in this form for the purpose of properly administering the Ministry's Outreach Program under subsection 6(1) paragraph 4 or clause 6(2)(b) of the Ministry of Health and Long-Term Care Act, R.S.O. 1990, c. M. 26. The personal information will be used to assess, verify and monitor eligibility for payment. For information about this collection, please contact Manager, Underserved Area Program, at 159 Cedar Street, Suite 402, Sudbury ON P3E 6A5, telephone no. (705) 564-7280 or 1 866 727-9959.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est autorisé à réunir les renseignements personnels demandés dans cette formule pour la bonne administration de son Programme de services itinérants en vertu de la disposition 6 (1) 4. ou de l'alinéa 6 (2) b) de la Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, L. R.O. 1990, chap. M. 26. Ces renseignements personnels serviront à évaluer, vérifier et contrôler l'admissibilité à un paiement. Pour se renseigner sur cette collecte de renseignements, il convient de s'adresser au chef du Programme des services aux régions insuffisamment desservies soit en écrivant au 159, rue Cedar, bureau 402, Sudbury ON P3E 6A5, soit en composant le (705) 564-7280 ou le 1 866 727-9959.

## Instructions for completion of the Outreach Program Monthly Billing form

Refer to program guidelines or visit our website at

[www.health.gov.on.ca/english/providers/program/uap/uap\\_mn.html](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/uap/uap_mn.html) for more information.

### **Physician Remuneration:**

Enter Date, Clinic Hours, Travel Hours and Total Outreach Hours as indicated.

- a) \$200.00 honorarium plus fee-for-service for each day of outreach service or
- b) \$200.00 honorarium plus \$500.00 stipend for each day of outreach service. Physicians are encouraged to bill fee-for-service rather than stipend on days that at least \$500.00 can be billed to OHIP.

A day of "outreach service" consists of a maximum of six hours (this includes clinic time and travel to and from the physician's normal place of practice). The minimum length of a clinic is two hours. Neither the stipend nor the honorarium may be claimed for clinics of less than two hours. For less than six hours of outreach service (i.e., the minimum two-hour clinic plus travel time) the \$500 stipend will be pro-rated accordingly while the honorarium remains at \$200.00.

Physician Telephone Back-up: \$300.00 per month per UAP nursing station. This amount may be shared between two or more physicians.

### **Dentist Remuneration:**

Enter Date, Clinic Hours

\$200.00 honorarium for each day of approved outreach service provided. The honorarium will not be paid for any days of outreach service where the actual clinic time is less than four hours.

For each community, the dentist must submit to UAP a separate Outreach Program Monthly Billing form.

**Assistant (one only):** The number of paid hours that can be claimed by the dentist for secretarial/dental support services will be the actual hours worked during a clinic day of dental outreach as approved by UAP, and may not exceed the duration of the clinic.

Through the Dental Outreach Program, UAP will reimburse up to \$15.00 per hour for one assistant during the approved clinic time. Rates reported must be actual salary paid.

### **Submitting Outreach Program Monthly Billing Form:**

Please ensure that you print your name, mailing address, sign the form and if applicable ensure that the authorized Nursing Station Official signs in the appropriate section of the form prior to sending it to:

Ministry of Health and Long-Term Care  
Primary Health Care Team  
Underserved Area Program  
159 Cedar Street, Suite 402  
Sudbury ON P3E 6A5

## Directives pour remplir la Formule de facturation mensuelle du Programme de services itinérants

Pour obtenir plus d'information, veuillez consulter les lignes directrices du programme ou notre site Web à

[http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/uap/uap\\_mn.html](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/uap/uap_mn.html).

### **Rémunération des médecins**

Veuillez inscrire la date, le nombre d'heures en clinique, le nombre d'heures pour les déplacements et le total des heures imputées au Programme de services itinérants offerts par les médecins.

- a) Honoraires de 200 \$ plus les montants facturés à l'acte pour chaque jour de services itinérants ou
- b) Honoraires de 200 \$ plus une allocation monétaire de 500 \$ pour chaque jour de services itinérants. Les médecins sont encouragés à facturer les montants à l'acte plutôt qu'une allocation monétaire pour les jours où au moins 500 \$ peuvent être facturés à l'Assurance santé de l'Ontario.

Une journée de « services itinérants » compte au plus six heures (y compris le temps passé en clinique et le temps consacré aux déplacements en provenance ou en direction du lieu de travail habituel du médecin). Au moins deux heures doivent être passées en clinique. Ni l'allocation monétaire ni les honoraires ne peuvent être réclamés si moins de deux heures ont été passées en clinique. Si moins de six heures ont été consacrées aux services itinérants (soit les deux heures minimales en clinique plus le temps consacré aux déplacements), l'allocation monétaire sera calculée au prorata alors que les honoraires resteront à 200 \$.

Soutien téléphonique par un médecin : 300 \$ par mois par poste de soins infirmiers du PSRID. Ce montant peut être partagé entre deux médecins ou plus.

### **Rémunération des dentistes**

Veuillez inscrire la date et le nombre d'heures en clinique.

Honoraires de 200 \$ par jour de services itinérants approuvés et fournis. Les honoraires ne seront pas versés pour les jours de services itinérants durant lesquels moins de quatre heures ont réellement été passées en clinique.

Pour chaque collectivité, le dentiste doit soumettre au PSRID une Formule de facturation mensuelle du Programme de services itinérants.

**Assistant (un seulement)** – Le nombre d'heures rémunérées que le dentiste peut réclamer pour les services de secrétariat ou d'assistance dentaire doit équivaloir au nombre réel d'heures de travail pendant une journée de clinique de services dentaires itinérants approuvés par le PSRID. Ce nombre ne peut excéder le nombre d'heures en clinique.

Dans le cadre du Programme de services itinérants offerts par les dentistes, le PSRID remboursera jusqu'à 15 \$ par heure pour un assistant pendant les heures de clinique approuvées. Le taux inscrit doit être celui du salaire réel versé.

### **Soumission de la Formule de facturation mensuelle du Programme de services itinérants**

Veuillez vous assurer d'avoir inscrit votre nom et votre adresse postale en lettres moulées, d'avoir fait signer à l'endroit indiqué la personne autorisée du poste de soins infirmiers et d'avoir vous même signé la formule avant de l'envoyer à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Équipe de renouvellement des soins primaires  
Programme des services aux régions insuffisamment desservies  
159, rue Cedar, bureau 402  
Sudbury ON P3E 6A5