

Écrire en lettres moulées et poster ou télécopier le formulaire rempli à :

Services de formulaires, d'imprimerie et de distribution - SCO  
Projet sur les soins primaires  
355 Carlingview Drive, Unit 4 Toronto ON M9W 5G8  
Tél : 1 888 295-5919 Télécopieur : 1 888 295-5216  
Courriel : PrimaryCareOSS@ontario.ca

Réservé au ministère

**Renseignements sur le médecin**

Prénom	Nom de famille	Type de groupe (p. ex. GSF, RSF, OSF) <input type="checkbox"/> MSI <input type="checkbox"/> RSF <input type="checkbox"/> PSS <input type="checkbox"/> EGMMRN 1 <input type="checkbox"/> GSF <input type="checkbox"/> OSF <input type="checkbox"/> MSC <input type="checkbox"/> EGMMRN 2 <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
Nom du groupe de soins de santé primaires		

**Adresse de livraison**

N° d'unité	N° de rue	Nom de la rue	Ville/ Localité	Code postal
Nom de la personne-ressource (prénom, nom)			Courriel	
N° de téléphone		Poste	N° de télécopieur	

**Imprimer les documents pour l'inscription**

<input type="checkbox"/> Imprimer le nom du médecin et nom du groupe	<input type="checkbox"/> Imprimer le nom du médecin, nom du groupe et l'adresse de livraison (Si différente de l'adresse de livraison, écrire l'adresse ci-dessous)	<input type="checkbox"/> Sans imprimer		
N° d'unité	N° de rue	Nom de la rue	Ville/ Localité	Code postal

**Documents pour l'inscription (Indiquer les éléments demandés)**

			Quantité	
			Anglais	Bilingue
<input type="checkbox"/>	Formulaire d'inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels	<input type="checkbox"/> Particulier (Formulaire en anglais 4383-80) (Formulaire bilingue 4408-80) <input type="checkbox"/> Groupe (Formulaire en anglais 4391-80) (Formulaire bilingue 4453-80)	<i>Pour déterminer s'il faut utiliser un formulaire pour particulier ou pour groupe, consultez le Getting Started Patient Enrolment Guide for Physicians and Staff ou demandez au médecin responsable du groupe.</i>	
<input type="checkbox"/>	Trousses d'inscription	Trousses en anglais – incluent le formulaire d'inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels, la brochure, la lettre-type facultative (telle que fournie) et une enveloppe-réponse <input type="checkbox"/> Particulier (Formulaire en anglais 4383-80) <input type="checkbox"/> Groupe (Formulaire bilingue 4391-80) Trousses bilingues – incluent le formulaire d'inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels bilingue, la brochure en anglais et en français, la lettre-type facultative (telle que fournie) et une enveloppe-réponse <input type="checkbox"/> Particulier (Formulaire en anglais et français 4408-80) <input type="checkbox"/> Groupe (Formulaire bilingue 4453-80)		<b>S.O.</b>
<input type="checkbox"/>	Cartes postales de rappel (à envoyer aux patients pour assurer le suivi après l'envoi des trousse d'inscription)		<b>S.O.</b>	
<input type="checkbox"/>	Enveloppes-réponses (les patients doivent les utiliser uniquement pour renvoyer les formulaires remplis)		<b>S.O.</b>	
<input type="checkbox"/>	En-tête de lot de formulaires d'adhésion des patients - 25 formulaires/bloc-note (Formulaire 4316-84)		<b>S.O.</b>	
<input type="checkbox"/>	Demande de retrait d'un patient - 25 formulaires/bloc-note (Formulaire 3624-84)		<b>S.O.</b>	
<input type="checkbox"/>	Déclaration d'un nouveau patient - 25 formulaires/bloc-note (Formulaire 4367-84)		<b>S.O.</b>	
<input type="checkbox"/>	Déclaration du patient orphelin - 25 formulaires/bloc-note (Formulaire 4431-84)		<b>S.O.</b>	

Les brochures d'information des patients sont disponibles dans les langues suivantes. Préciser la langue et la quantité.

Langue	Quantité	Langue	Quantité	Langue	Quantité	Langue	Quantité
Arabe		Farsi		Coréen		Tamil	
Chinois simplifié		Français		Polonais		Ukrainien	
Chinois traditionnel		Grec		Portugais		Urdu	
Croate		Hindi		Punjabi			
Anglais		Italien		Espagnol		<b>Braille</b>	

**Confirmation de la commande**

N° d'inscription du groupe (p. ex. FXXX/BXXX)	N° de facturation	Commande passée par <b>X</b>	Date (aaaa/mm/jj)
---	-------------------	---------------------------------	-------------------

**Primary Health Care  
Enrolment Material Order Form**
**Print clearly and mail or fax the completed form to:**

 OSS Forms, Print and Distribution  
 Primary Care Project  
 355 Carlingview Drive, Unit 4 Toronto ON M9W 5G8  
 Tel: 1 888 295-5919 Fax: 1 888 295-5216  
 Email: PrimaryCareOSS@ontario.ca

Ministry Use Only

**Physician Information**

First Name	Last Name	Group Type <input type="checkbox"/> CCM <input type="checkbox"/> FHN <input type="checkbox"/> GHC <input type="checkbox"/> RNPGA 1 <input type="checkbox"/> FHG <input type="checkbox"/> FHO <input type="checkbox"/> BSM <input type="checkbox"/> RNPGA 2 <input type="checkbox"/> Other Specialized (specify below)
Name of Primary Health Care Group		

**Shipping Address**

Unit No.	Street No.	Street Name	City/Town	Postal Code
Contact Name (First Name, Last Name)			Email Address	
Telephone No.		Extension	Fax No.	

**Imprinting of Enrolment Materials**

Imprint with physician's name and group name
  Imprint with physician's name, group name and address (if different from shipping address, fill out address below)
  No imprinting

Unit No.	Street No.	Street Name	City/Town	Postal Code
----------	------------	-------------	-----------	-------------

**Enrolment Materials (Indicate items being requested)**

		Quantity	English	Bilingual
<input type="checkbox"/>	Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information form	<input type="checkbox"/> Individual (English Form 4383-80) (Bilingual Form 4408-80) <input type="checkbox"/> Group (English Form 4391-80) (Bilingual Form 4453-80)	<i>If you are unsure whether you require individual or group enrolment forms, refer to the Getting Started Patient Enrolment Guide for Physicians and Staff or contact your lead physician.</i>	
<input type="checkbox"/>	Enrolment Kits	English kits - include English language Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information form, Brochure, optional standard letter (as provided) and Business Reply Envelope <input type="checkbox"/> Individual (English Form 4383-80) <input type="checkbox"/> Group (English Form 4391-80)		N/A
		Bilingual kits - include Bilingual Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information form, both English and French Brochure, optional standard letter (as provided) and Business Reply Envelope <input type="checkbox"/> Individual (Bilingual Form 4408-80) <input type="checkbox"/> Group (Bilingual Form 4453-80)	N/A	
<input type="checkbox"/>	Reminder Post Cards (to be mailed out to the patients to follow-up on enrolment kits)		N/A	
<input type="checkbox"/>	Business Reply Envelopes (to be used only for patients to return completed forms)		N/A	
<input type="checkbox"/>	Patient Enrolment Batch Header - 25 Forms/Pad (Form 4316-84)		N/A	
<input type="checkbox"/>	Request to Remove a Patient - 25 Forms/Pad (Form 3624-84)		N/A	
<input type="checkbox"/>	New Patient Declaration - 25 Forms/Pad (Form 4367-84)		N/A	
<input type="checkbox"/>	Unattached Patient Declaration - 25 Forms/Pad (Form 4431-84)		N/A	

 Patient Information Brochures are available in any of the following languages. Please specify language and quantity.

Language	Quantity	Language	Quantity	Language	Quantity	Language	Quantity
Arabic		Farsi		Korean		Tamil	
Chinese - simplified		French		Polish		Ukrainian	
Chinese - traditional		Greek		Portuguese		Urdu	
Croatian		Hindi		Punjabi			
English		Italian		Spanish		Braille	

**Order Confirmation**

Group Registration No. (e.g. FXXX/BXXX)	Billing No.	Order Placed by <b>X</b>	Date (yyyy/mm/dd)
---	-------------	-----------------------------	-------------------