

**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 X	Date (yyyy/mm/dd)
---	-------------	-----------------------------	-------------------

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

 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

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	<input type="checkbox"/> Particulier (Formulaire en anglais 4383-80) <input type="checkbox"/> Groupe (Formulaire bilingue 4391-80) <input type="checkbox"/> Particulier (Formulaire en anglais et français 4408-80) <input type="checkbox"/> Groupe (Formulaire bilingue 4453-80)		<i>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</i> <i>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</i>		
<input type="checkbox"/>	Cartes postales de rappel (à envoyer aux patients pour assurer le suivi après l'envoi des trousse d'inscription)			s.o.		
<input type="checkbox"/>	Enveloppes-réponses (les patients doivent les utiliser uniquement pour renvoyer les formulaires remplis)			s.o.		
<input type="checkbox"/>	En-tête de lot de formulaires d'adhésion des patients - 25 formulaires/bloc-note (Formulaire 4316-84)			s.o.		
<input type="checkbox"/>	Demande de retrait d'un patient - 25 formulaires/bloc-note (Formulaire 3624-84)			s.o.		
<input type="checkbox"/>	Déclaration d'un nouveau patient - 25 formulaires/bloc-note (Formulaire 4367-84)			s.o.		
<input type="checkbox"/>	Déclaration du patient orphelin - 25 formulaires/bloc-note (Formulaire 4431-84)			s.o.		
<input type="checkbox"/>	Les brochures d'information des patients sont disponibles dans les langues suivantes. Préciser la langue et la quantité.					
	Langue	Quantité	Langue	Quantité	Langue	Quantité
	Arabe		Farsi		Coréen	
	Chinois simplifié		Français		Polonais	
	Chinois traditionnel		Grec		Portugais	
	Croate		Hindi		Punjabi	
	Anglais		Italien		Espagnol	
					Braille	

Confirmation de la commande

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