



Veuillez remplir toutes les sections du présent formulaire d'inscription, le signer, puis l'envoyer par courriel, par télécopieur ou par la poste à l'Association canadienne des hygiénistes dentaires.

**Télécopieur :** 613 224-7283 **Poste :** ACHD, Services aux membres, 1122, rue Wellington Ouest, Ottawa, ON, K1Y 2Y7

**Adresse courriel :** [membership@cdha.ca](mailto:membership@cdha.ca)

### RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR

N° de fournisseur : 202 \_\_\_\_\_ Langue :  Français  Anglais  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 N° de permis d'exercice\* : \_\_\_\_\_ N° de fournisseur dans CDHA-ACHDnet™ : \_\_\_\_\_ H  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

\*Délivré par l'ordre professionnel ou l'association de la province ou des territoires. En signant le présent formulaire, le fournisseur atteste qu'il est membre en règle de son association dentaire provinciale ou territoriale.

**Vous devez remplir la section sur l'autorisation de Transfert électronique de fonds (TEF) ci-dessous avant de soumettre des demandes de règlement par EDI (Échange de données informatisé).**

### RENSEIGNEMENTS SUR LE MODE DE RÈGLEMENT – TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DE FONDS (TEF)

J'autorise Express Scripts Canada à établir le TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DE FONDS (TEF). J'autorise les dépôts dans mon compte bancaire, mais non les retraits ni les autres types de transactions. Tous les renseignements fournis seront considérés comme des renseignements *confidentiels*. **J'aviserai rapidement Express Scripts Canada de tout changement bancaire, qu'il s'agisse de la succursale ou du compte.**

N° de fournisseur dans CDHA-ACHDnet™ : \_\_\_\_\_ H  Veuillez joindre un chèque portant la mention ANNULÉ ou une lettre de la banque (la photocopie d'un chèque ANNULÉ peut être télécopiée).

Nom de la banque : \_\_\_\_\_ Succursale : \_\_\_\_\_

Adresse de la succursale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Banque : | | | | | N° de la succursale : | | | | | N° de compte : | | | | |

Une fois que vous avez rempli, signé puis retourné le présent Formulaire d'inscription de l'hygiéniste dentaire, Express Scripts Canada (auparavant ESI Canada) vérifiera les renseignements qui y sont indiqués. Lorsque Express Scripts Canada aura approuvé l'inscription, vous recevrez un numéro de fournisseur. Ce numéro vous autorisera à titre de fournisseur (le « fournisseur ») à soumettre des demandes de règlement directement à Express Scripts Canada aux fins de remboursement des soins prodigués aux participants admissibles dans le cadre de certains régimes privés de soins dentaires.

À titre de fournisseur, lorsque vous soumettez une demande de règlement, vous serez assujéti aux modalités du présent *Formulaire d'inscription de l'hygiéniste dentaire* ainsi qu'à celles du *Guide des fournisseurs de soins dentaires à l'intention des denturologistes et des hygiénistes dentaires* (le « Guide »). Vous recevrez un exemplaire de ce Guide une fois l'inscription terminée. Veuillez noter que ce Guide fera l'objet de mises à jour au besoin, à la seule discrétion d'Express Scripts Canada.

**En tant que signataire du présent formulaire d'inscription, vous devez assumer la responsabilité des services facturés à Express Scripts Canada et qui sont remboursés par celle-ci, peu importe la structure organisationnelle de votre cabinet dentaire. Le fait de soumettre une demande de règlement au moyen de votre numéro de fournisseur (numéro d'identification) signifie que vous comprenez les modalités ci-dessous définies par Express Scripts Canada et que vous acceptez de vous y conformer. De plus, le fournisseur confirme être titulaire d'un permis d'exercice et être en règle auprès de l'ordre professionnel ou de l'association de sa province ou de son territoire.**

Le Guide comprend les modalités les suivantes, sans toutefois s'y limiter :

- Exigences en matière de permis d'exercer et d'admissibilité du fournisseur de service;
- Exigences en matière de renseignements sur l'admissibilité de l'adhérent;
- Coordination des prestations avec d'autres régimes de soins de santé;
- Exigences et processus en matière de documents à soumettre;
- Services couverts et limites applicables;
- Exigences du fournisseur relatives à l'utilisation des codes d'acte et des définitions normalisés;
- Programme d'audit sur le fournisseur, qui comprend l'audit sur place;
- Conservation des documents et dossiers pertinents à l'appui des demandes de règlement;
- Inscription obligatoire au transfert électrique de fonds (TEF) relativement aux demandes de règlement transmises par EDI.

**La présente inscription prend effet à la date à laquelle le fournisseur obtient une confirmation d'Express Scripts Canada et prendra fin sur demande. Express Scripts Canada peut envoyer au fournisseur un avis écrit mettant fin à son inscription. Veuillez vous reporter au Guide pour obtenir des détails supplémentaires.**

\_\_\_\_\_  
Prénom et Nom (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature de l'hygiéniste dentaire (aucun timbre)

\_\_\_\_\_  
Date