

## ANNEXE B – Déclaration de renseignements sur le fournisseur

Veillez noter que les fournisseurs peuvent plus rapidement et facilement inscrire une pharmacie ou mettre à jour les renseignements sur une pharmacie sur le site Web d'Express Scripts Canada à l'intention des pharmaciens à l'adresse <https://fournisseur.express-scripts.ca>.

Toutes les pages du présent formulaire et tous les documents à l'appui doivent être soumis de l'une des manières ci-dessous.

**Téléversement :** Site Web d'Express Scripts Canada à l'intention des pharmaciens, à la page *Communications – Relations avec les fournisseurs* (uniquement pour la mise à jour de renseignements), accessible à l'adresse <https://fournisseur.express-scripts.ca>

**Télécopieur :** 1 855 622-0669

**Poste :** Express Scripts Canada, Service des relations avec les fournisseurs  
5770, rue Hurontario, 10<sup>e</sup> étage  
Mississauga, ON L5R 3G5

N <sup>os</sup> de fournisseur attribués par Express Scripts Canada :
Date d'effet (aaaa-mm-jj) :
<p>Nature de la demande. Sélectionnez les options qui s'appliquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ouverture d'une nouvelle pharmacie</li> <li><input type="checkbox"/> Changement de propriétaire, d'administrateurs ou de dirigeants <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Changement de dénomination sociale</li> <li><input type="checkbox"/> Arrivée ou départ de propriétaires, d'administrateurs ou de dirigeants</li> <li><input type="checkbox"/> Fusion d'entreprises</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Activation du transfert électronique de fonds ou changement des renseignements sur le transfert électronique de fonds/dépôt direct/compte bancaire</li> <li><input type="checkbox"/> Changement d'adresse de la pharmacie</li> <li><input type="checkbox"/> Changement de nom de la chaîne de la pharmacie</li> <li><input type="checkbox"/> Changement des honoraires professionnels de la pharmacie</li> <li><input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____</li> </ul>
<p>Documents que vous devez faire parvenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Documents constitutifs de l'entreprise qui mentionnent tous les propriétaires de l'entreprise, de la société en nom collectif ou de l'entité.</li> <li><input type="checkbox"/> Copie du certificat d'assurance responsabilité civile (en cas d'ouverture d'une pharmacie ou d'un changement de propriétaire).</li> <li><input type="checkbox"/> Chèque annulé sur lequel figure la dénomination sociale de l'entreprise.</li> <li><input type="checkbox"/> Copie du certificat d'accréditation de la pharmacie ou de la correspondance avec l'organisme de réglementation.</li> <li><input type="checkbox"/> Copie du permis d'exploitation de la pharmacie lorsque les activités de la pharmacie sont ou seront menées dans l'un des trois territoires.</li> <li><input type="checkbox"/> Toutes les pages de l'Annexe B (indiquer S. O. sur les pages non remplies).</li> <li><input type="checkbox"/> Liste de toutes les autres pharmacies détenues en totalité ou en partie par l'un des propriétaires, des administrateurs ou des dirigeants. Ajouter ces renseignements dans l'Annexe B ou joindre une feuille supplémentaire s'il y a plusieurs pharmacies. Cette liste doit comporter le numéro de fournisseur attribué par Express Scripts Canada (le cas échéant), le nom commercial et l'adresse de la pharmacie.</li> </ul>

### SECTION A : Renseignements sur l'entreprise dans laquelle exerce le fournisseur

<p>Type d'entreprise</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Société par actions</li> <li><input type="checkbox"/> Entreprise individuelle</li> <li><input type="checkbox"/> Société en nom collectif</li> </ul>	<p>Dénomination sociale de l'entreprise (<i>Doit correspondre à la dénomination sociale qui figure dans les documents constitutifs de l'entreprise du fournisseur [acte constitutif, entente de partenariat, etc.]. Une copie de ces documents doit être jointe au présent formulaire, <b>faute de quoi, le traitement de la demande pourrait être retardé ou la demande pourrait être refusée.</b></i>)</p>		
Adresse de l'entreprise			
Ville	Province	Code postal	
N <sup>o</sup> de téléphone	N <sup>o</sup> de télécopieur	Adresse courriel	

**Propriétaires, dirigeants et administrateurs de la pharmacie (fournir les renseignements pour chaque personne concernée)**

*Veillez indiquer tous les numéros de fournisseur attribués par Express Scripts Canada à un propriétaire, un dirigeant ou un administrateur lorsqu'un de ces derniers est également propriétaire dirigeant ou administrateur d'autres pharmacies. S'il y a plus de six propriétaires, dirigeants ou administrateurs, veuillez joindre des copies de cette page. Les champs marqués d'un astérisque (\*) sont à remplir, s'il y a lieu.*

<b>1</b> Nom (prénom et nom de famille)		
N° de membre auprès de l'organisme régissant l'exercice de la profession (n° de permis)*	Position/Titre <input type="checkbox"/> Propriétaire Administrateur	Dirigeant Autre :
Autres pharmacies dont la personne est propriétaire	N°s de fournisseur attribués par Express Scripts Canada*	Nom commercial de la pharmacie
Adresse de la pharmacie		
Ville	Province	Code postal
<b>2</b> Nom (prénom et nom de famille)		
N° de membre auprès de l'organisme régissant l'exercice de la profession (n° de permis)*	Position/Titre <input type="checkbox"/> Propriétaire Administrateur	Dirigeant Autre :
Autres pharmacies dont la personne est propriétaire	N°s de fournisseur attribués par Express Scripts Canada*	Nom commercial de la pharmacie
Adresse de la pharmacie		
Ville	Province	Code postal
<b>3</b> Nom (prénom et nom de famille)		
N° de membre auprès de l'organisme régissant l'exercice de la profession (n° de permis)*	Position/Titre <input type="checkbox"/> Propriétaire Administrateur	Dirigeant Autre :
Autres pharmacies dont la personne est propriétaire	N°s de fournisseur attribués par Express Scripts Canada*	Nom commercial de la pharmacie
Adresse de la pharmacie		
Ville	Province	Code postal



Est-ce qu'un des propriétaires, dirigeants, administrateurs ou pharmaciens inscrits ci-dessus a déjà fait la demande d'un numéro de fournisseur auprès d'Express Scripts Canada ou d'Eclipse et a vu sa demande être refusée?

Non    Oui →Noms :

Renseignements

Est-ce qu'un des propriétaires, dirigeants, administrateurs ou pharmaciens inscrits ci-dessus a déjà eu un numéro de fournisseur et a vu ses privilèges de facturation être suspendus par Express Scripts Canada ou Eclipse?

Non     Oui →Noms :

Renseignements

Est-ce qu'un des propriétaires, dirigeants, administrateurs ou pharmaciens inscrits ci-dessus a été suspendu par son ordre professionnel?

Non    Oui →Noms :

Renseignements

## SECTION B : Renseignements sur la pharmacie

(Si plus d'une pharmacie est associée à la même entité juridique, veuillez joindre des copies de la section B.)

Langue <input type="checkbox"/> Anglais      Français		N° de fournisseur attribué par Express Scripts Canada		N° de permis d'exploitation ou n° d'agrément de la pharmacie	
Nom commercial de la pharmacie			Nom de la chaîne		
Adresse de la pharmacie					
Ville			Province		Code postal
N° de téléphone de la pharmacie		N° de télécopieur de la pharmacie		Adresse courriel de la pharmacie	
Couverture d'assurance responsabilité civile générale de la pharmacie ( <i>Fournir le certificat d'assurance responsabilité civile, y compris le montant minimum de la couverture. Consulter la section 4.A de l'Entente avec les pharmacies.</i> )		Honoraires professionnels habituels et coutumiers		Ontario SEULEMENT - Honoraires professionnels dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO)	
Nom du gestionnaire de la pharmacie ( <i>prénom et nom de famille</i> )			Numéro de permis du gestionnaire de la pharmacie		

**Si vous achetez une pharmacie déjà en activité, veuillez fournir les renseignements suivants.**

Entité juridique actuelle					
Nom commercial actuel					
Adresse actuelle					
Ville			Province		Code postal
N° de téléphone actuel		N° de télécopieur actuel		Adresse courriel actuelle	
N° de fournisseur associé à la pharmacie actuelle					

### Renseignements relatifs au paiement – Transfert électronique de fonds

Au nom du fournisseur, je demande à Express Scripts Canada d'activer les versements par transfert électronique de fonds (dépôt direct) ou de mettre à jour les renseignements relatifs à ces versements. J'autorise les dépôts dans le compte bancaire dont les renseignements sont fournis ci-dessous, mais non les retraits ni les autres types de transactions. Tous les renseignements fournis seront considérés comme des renseignements CONFIDENTIELS. Le fournisseur avisera rapidement Express Scripts Canada de tout changement bancaire, qu'il s'agisse de la succursale ou du compte. Le fournisseur comprend que le transfert électronique de fonds est la seule option disponible pour le paiement des demandes de règlement.

<b>Renseignements bancaires</b> Joindre un des documents suivants : <input type="checkbox"/> Chèque ANNULÉ OU      Lettre de l'institution financière  <i>Vous devez joindre un chèque portant la mention ANNULÉ ou une lettre de l'institution financière. Les renseignements relatifs à la pharmacie doivent figurer sur le chèque ANNULÉ ou sur la lettre de l'institution financière. Si la dénomination sociale ou le nom commercial de la pharmacie ne figure pas sur le chèque joint, veuillez fournir une lettre signée par un dirigeant de l'institution financière précisant le numéro de compte et confirmant que le fournisseur est le titulaire de ce compte.</i>		
Nom du titulaire du compte		
N° de l'institution financière	N° de succursale ou de transit	N° de compte

### Attestation et consentement

En signant le présent formulaire, le fournisseur reconnaît que les renseignements qu'il fournit peuvent être vérifiés par Express Scripts Canada en tout temps et que tout changement relatif à ces renseignements exige la soumission d'un nouveau formulaire. Le fournisseur doit informer Express Scripts Canada de tout changement relatif aux renseignements ci-dessus conformément à la section 4 du Manuel à l'intention du pharmacien.

	<p>En apposant mes initiales dans la case à gauche, je (le signataire) confirme ce qui suit, au nom du fournisseur :</p> <p>J'ai lu le Manuel à l'intention du pharmacien et je confirme que ce manuel fait partie intégrante de l'Entente avec les pharmacies.</p> <p>Le fournisseur confirme qu'il est lié par toutes les dispositions de l'Entente avec les pharmacies et du Manuel à l'intention du pharmacien, y compris les sections suivantes du Manuel à l'intention du pharmacien, mais sans s'y limiter, aux sections 2.6 Services d'Express Scripts Canada et frais de service, 3.1 Entente avec les pharmacies, 4.2 Modification des renseignements sur le fournisseur, 5.3 Emballage favorisant l'observance et délivrance plus fréquente, 10.1 Exigences relatives à la soumission des demandes de règlement – Généralités, et 11.3 Soumission de demandes de règlement pour préparations magistrales.</p>
--	--

Rempli par :

Signature de la personne autorisée à représenter le fournisseur (aucun timbre)	Nom complet du signataire (en caractères d'imprimerie)
	Poste/Titre du signataire
	Date de la signature (aaaa-mm-jj)
<input type="checkbox"/> En cochant cette case, je (le signataire) confirme avoir l'autorité pour lier le fournisseur aux modalités de l'Entente avec les pharmacies.	