

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli et signé accompagné d'un chèque ANNULÉ (une photocopie du chèque ANNULÉ est acceptée) ou d'une lettre de l'institution financière de l'une des manières indiquées ci-dessous :

Téléversement : Sous Formulaire à remplir par les fournisseurs dans la section Fournisseurs de soins de santé / Inscription
<https://www.express-scripts.ca/fr/healthcare-providers/become-a-provider>

Télécopieur : 1 855 622-0669

Poste : Express Scripts Canada
 Service des relations avec les fournisseurs
 6985, Financial Drive, bureau 300
 Mississauga, ON L5N 0G3

(Au besoin, remplissez un autre formulaire pour ajouter un cabinet dentaire)

Renseignements sur le fournisseur	Renseignements relatifs au paiement – Transfert électronique de fonds				
N° du cabinet/de la clinique (CDHA-ACHDnet ^{MC}) : _____ H	Je demande à Express Scripts Canada d'établir ou de modifier les paiements par transfert électronique de fonds (dépôt direct) du fournisseur selon les renseignements bancaires fournis ci-dessous. 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, qu'il s'agisse du numéro de l'institution financière, 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.				
Numéro de fournisseur : 2020 _____					
N° de permis d'exercice* : _____					
Nom : _____ Prénom : _____					
Adresse postale : _____					
Bureau / Case postale : _____	Renseignements bancaires Joindre un des documents suivants : ☐ Chèque ANNULÉ OU ☐ Lettre de l'institution financière Vous devez joindre la copie d'un chèque portant la mention ANNULÉ ou d'une lettre de l'institution financière.				
Ville (Province) Code postal : _____					
Téléphone : _____ Télécopieur : _____					
Adresse courriel : _____					
Langue : ☐ Français ☐ Anglais					
*Délivré par l'organisme de réglementation provincial ou territorial compétent. En remplissant et en signant le présent Formulaire d'inscription, vous confirmez être titulaire d'un permis d'exercice et être en règle auprès de votre organisme de réglementation provincial ou territorial.					
<table border="1"> <tr> <td>N° de l'institution financière</td> <td>N° de la succursale</td> </tr> <tr> <td colspan="2">N° de compte</td> </tr> </table>		N° de l'institution financière	N° de la succursale	N° de compte	
N° de l'institution financière	N° de la succursale				
N° de compte					

Une fois que vous aurez rempli, signé puis retourné le présent Formulaire d'inscription de l'hygiéniste dentaire, Express Scripts Canada vérifiera les renseignements qui y sont indiqués. Lorsqu'Express Scripts Canada aura approuvé l'inscription, elle vous autorisera à titre de fournisseur (le « fournisseur ») à soumettre des demandes de règlement directement à Express Scripts Canada aux fins de remboursement des services admissibles fournis aux adhérents admissibles à des soins dentaires dans le cadre de certains régimes.

À titre de fournisseur, lorsque vous soumettrez une demande de règlement à Express Scripts Canada, vous devrez respecter les modalités du présent Formulaire d'inscription de l'hygiéniste dentaire ainsi que celles du Guide des fournisseurs de soins dentaires à l'intention des denturologistes et des hygiénistes dentaires (le « Guide »), collectivement appelées les « modalités définies par Express Scripts Canada ». Veuillez noter que le Guide fera l'objet de mises à jour à l'occasion, à la seule discrétion d'Express Scripts Canada.

En tant que signataire du présent formulaire d'inscription, vous assumerez la responsabilité des services facturés à Express Scripts Canada et qui seront remboursés par celle-ci, peu importe la structure organisationnelle de votre clinique. Le fait de soumettre une demande de règlement au moyen de votre numéro de fournisseur unique signifie que vous comprenez les modalités définies par Express Scripts Canada et que vous acceptez de vous y conformer. De plus, vous confirmez être titulaire d'un permis d'exercice et être en règle auprès de votre organisme de réglementation provincial ou territorial.

Le Guide aborde les sujets suivants, sans toutefois s'y limiter :

- Exigences en matière de permis d'exercer et d'admissibilité du fournisseur
- 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 soumission de documents
- Services couverts et limites applicables
- Exigences à l'intention du fournisseur quant à l'utilisation des codes d'actes et des définitions normalisées
- Le programme de vérification, qui englobe plusieurs types de vérification, y compris les suivants, sans toutefois s'y limiter : confirmation des services auprès de l'adhérent, vérification du lendemain, vérification à distance et vérification sur place.
- Conservation des documents et des dossiers pertinents

Express Scripts Canada peut envoyer au fournisseur un avis écrit mettant fin à son inscription, avec ou sans motif. L'inscription prendra fin à la date indiquée dans l'avis.

Nom du fournisseur (nom complet en caractères d'imprimerie)

Signature originale du fournisseur

Date de la signature (aaaa-mm-jj)