

FORMULAIRE DE MODIFICATION DES RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DENTAIRES

Le présent formulaire ne s'applique pas au Programme des SSNA.

Il incombe au fournisseur d'aviser Express Scripts Canada par écrit de tout changement devant être apporté aux renseignements le concernant. Veuillez prévoir dix (10) jours ouvrables pour le traitement de votre demande par Express Scripts Canada.

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)

***Champ obligatoire**

Renseignements sur le fournisseur	Type de modification				
Numéro de fournisseur : _____	☐ Modification relative au cabinet du fournisseur				
N° de permis d'exercice : _____	☐ Autres cabinets				
Spécialité : _____	☐ Modification d'une spécialité : _____				
* Prénom : _____	☐ Autre (veuillez préciser) : _____				
* Nom : _____					
☐ Autre cabinet ou ☐ Modification relative au cabinet du fournisseur					
Renseignements relatifs au paiement – Transfert électronique de fonds					
*N° du cabinet/de la clinique (CDAnet/ACDQ/DACnet ^{MC} /CDHA-ACHDnet ^{MC}) : _____ Adresse postale : _____ Bureau / Case postale : _____ Ville (Province) Code postal : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Adresse courriel : _____ Langue : ☐ Français ☐ Anglais	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. Renseignements bancaires Joindre un des documents suivants : ☐ Chèque ANNULÉ OU ☐ Lettre de l'institution financière <u>Vous devez joindre la copie d'un chèque portant la mention ANNULÉ ou d'une lettre de l'institution financière.</u>				
	<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					

*Nom du fournisseur (nom complet en caractères d'imprimerie) *Signature originale du fournisseur *Date de la signature (aaaa-mm-jj)