

**RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR (OBLIGATOIRES)**

 Langue de correspondance :  Français  Anglais

Numéro du fournisseur : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Autre cabinet ou <input type="checkbox"/> Mettre à jour un cabinet	
ID du bureau (CDAnet/ACDQ/DACnet™/CDHA-ACHDnet™): _____	Je choisis de recevoir : <input type="checkbox"/> un chèque ou <input type="checkbox"/> relevés électroniques
Date d'effet du changement : _____	Nom de la banque : _____
Nom du cabinet : _____	Succursale : _____
Adresse : _____	Adresse succursale : _____
Bureau / Case postale : _____	Ville, province, code postal : _____
Ville, province, code postal : _____	Banque :         Succursale :
Téléphone : _____ Télécopieur : _____	N° de compte :
Courriel : _____	<b>JOINDRE</b> : <input type="checkbox"/> Chèque ANNULÉ ou <input type="checkbox"/> Lettre de la banque

<input type="checkbox"/> Autre cabinet ou <input type="checkbox"/> Mettre à jour un cabinet	
ID du bureau (CDAnet/ACDQ/DACnet™/CDHA-ACHDnet™): _____	Je choisis de recevoir : <input type="checkbox"/> un chèque ou <input type="checkbox"/> relevés électroniques
Date d'effet du changement : _____	Nom de la banque : _____
Nom du cabinet : _____	Succursale : _____
Adresse : _____	Adresse succursale : _____
Bureau / Case postale : _____	Ville, province, code postal : _____
Ville, province, code postal : _____	Banque :         Succursale :
Téléphone : _____ Télécopieur : _____	N° de compte :
Courriel : _____	<b>JOINDRE</b> : <input type="checkbox"/> Chèque ANNULÉ ou <input type="checkbox"/> Lettre de la banque

J'autorise Express Scripts Canada à changer ou 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 confidentiels. J'aviserai rapidement Express Scripts Canada de tout changement bancaire, qu'il s'agisse de la succursale ou du compte.

Une fois que vous avez rempli, signé puis retourné le présent Formulaire d'inscription du denturologiste, Express Scripts Canada vérifiera les renseignements qui y sont indiqués. Lorsqu'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 d'un régime privé de soins dentaires.

À titre de fournisseur, lorsque vous soumettez une demande de règlement à ESC, vous serez assujéti aux modalités du Formulaire d'inscription du denturologiste ainsi qu'à celles du Guide des fournisseurs de soins dentaires à l'intention des denturologistes et des hygiénistes dentaires (le « Guide »). Une fois votre inscription terminée, vous pourrez accéder au guide. Veuillez noter que celui-ci fera l'objet de mises à jour au besoin, à la 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 signifie que vous comprenez les modalités ci-dessous 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 l'ordre professionnel ou de l'association dentaire de votre province ou de votre territoire.**

Les modalités comprennent 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 du participant;
- 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 denturologiste obtient un numéro de fournisseur d'Express Scripts Canada et prendra fin sur demande. Express Scripts Canada peut envoyer au fournisseur un avis écrit mettant fin à son inscription sans aucun motif. Veuillez vous reporter au Guide pour obtenir des détails supplémentaires.**

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

Signature du denturologiste (aucun timbre) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Express Scripts Canada, Service des relations avec les fournisseurs, 5770, rue Hurontario, 10e étage, Mississauga (Ontario) L5R 3G5.

Numéro de télécopieur : 1 855 622-0669

(Au besoin, signez et joignez un autre formulaire pour d'autres cabinets)

Express Scripts Canada/ AVRIL 2019

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU DENTUROLOGISTE