

Déclaration de renseignements sur le fournisseur

N^{os} de fournisseur attribués par Express Scripts Canada :

Date d'effet :

Nature de la demande, sélectionnez les options qui s'appliquent :

- Ouverture d'une nouvelle pharmacie
- Changement de propriétaires
 - Changement de dénomination sociale
 - Arrivée ou départ de propriétaires, de dirigeants ou d'administrateurs
 - Fusion d'entreprises

Changement des renseignements sur le transfert électronique de fonds (TEF)/dépôt direct/compte bancaire

- Changement d'adresse de la pharmacie
- Changement de nom commercial de la pharmacie
- Changement des honoraires professionnels de la pharmacie
- Autre, précisez : _____

Documents que vous devez faire parvenir :

- Acte constitutif de l'entreprise qui mentionne tous les propriétaires.
- Copie d'une pièce d'identité avec photo émise par le gouvernement pour tous les propriétaires de la pharmacie et le gestionnaire de la pharmacie.
- Copie du certificat d'assurance responsabilité civile (en cas d'ouverture d'une pharmacie ou d'un changement de propriétaire).
- Chèque annulé sur lequel figure la dénomination sociale de l'entreprise.
- Preuve d'accréditation délivrée par l'organisme de réglementation des pharmaciens de votre province.
- Toutes les pages de ce formulaire (indiquez « s.o. » sur les pages non remplies).
- Liste des autres pharmacies ayant les mêmes propriétaires. Ajouter ces renseignements dans le présent formulaire 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 nom commercial et l'adresse de la pharmacie.

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

Type d'entreprise <input type="checkbox"/> Société par actions <input type="checkbox"/> Entreprise individuelle <input type="checkbox"/> Société en nom collectif	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, faute de quoi, le traitement de la demande pourrait être retardé ou la demande pourrait être refusée.)</i>		
Adresse du siège social de l'entreprise			
Ville	Province	Code postal	
N ^o de téléphone	N ^o de télécopieur	Adresse courriel	

Propriétaires, dirigeants et administrateurs de l'entreprise (joindre une feuille supplémentaire, si nécessaire)

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 propriétaire 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.

1 Nom (prénom et nom de famille)		Profession	
N° de membre auprès de l'organisme régissant l'exercice de la profession (n° de permis)*		N° d'une pièce d'identité avec photo émise par le gouvernement (p. ex., permis de conduire ou passeport). <i>Joindre une copie de la pièce d'identité.</i>	
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
2 Nom (prénom et nom de famille)		Profession	
N° de membre auprès de l'organisme régissant l'exercice de la profession (n° de permis)*		N° d'une pièce d'identité avec photo émise par le gouvernement (p. ex., permis de conduire ou passeport). <i>Joindre une copie de la pièce d'identité.</i>	
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

Propriétaires, dirigeants et administrateurs de l'entreprise – suite (joindre une feuille supplémentaire, si nécessaire)

3 Nom (prénom et nom de famille)		Profession	
N° de membre auprès de l'organisme régissant l'exercice de la profession (n° de permis)*		N° d'une pièce d'identité avec photo émise par le gouvernement (p. ex., permis de conduire ou passeport). <i>Joindre une copie de la pièce d'identité.</i>	
Autres pharmacies dont la personne est propriétaire		Nos de fournisseur attribués par Express Scripts Canada*	Nom commercial de la pharmacie
Adresse de la pharmacie			
Ville		Province	Code postal
4 Nom (prénom et nom de famille)		Profession	
N° de membre auprès de l'organisme régissant l'exercice de la profession (n° de permis)*		N° d'une pièce d'identité avec photo émise par le gouvernement (p. ex., permis de conduire ou passeport). <i>Joindre une copie de la pièce d'identité.</i>	
Autres pharmacies dont la personne est propriétaire		Nos de fournisseur attribués par Express Scripts Canada*	Nom commercial de la pharmacie
Adresse de la pharmacie			
Ville		Province	Code postal
5 Nom (prénom et nom de famille)		Profession	
N° de membre auprès de l'organisme régissant l'exercice de la profession (n° de permis)*		N° d'une pièce d'identité avec photo émise par le gouvernement (p. ex., permis de conduire ou passeport). <i>Joindre une copie de la pièce d'identité.</i>	
Autres pharmacies dont la personne est propriétaire		Nos de fournisseur attribués par Express Scripts Canada*	Nom commercial de la pharmacie
Adresse de la pharmacie			
Ville		Province	Code postal

Propriétaires, dirigeants et administrateurs de l'entreprise – suite (joindre une feuille supplémentaire, si nécessaire)

6 Nom (prénom et nom de famille)		Profession	
N° de membre auprès de l'organisme régissant l'exercice de la profession (n° de permis)*		N° d'une pièce d'identité avec photo émise par le gouvernement (p. ex., permis de conduire ou passeport). <i>Joindre une copie de la pièce d'identité.</i>	
Autres pharmacies dont la personne est propriétaire		Nos de fournisseur attribués par Express Scripts Canada *	Nom commercial de la pharmacie
Adresse de la pharmacie			
Ville		Province	Code postal

<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → Noms :</p>
Renseignements
<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → Noms :</p>
Renseignements
<p>Est-ce qu'un des propriétaires, dirigeants, administrateurs ou pharmaciens inscrits ci-dessus a été suspendu par son ordre professionnel?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → Noms :</p>
Renseignements

SECTION B : Renseignements sur la pharmacie

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

Langue <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> 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 bannière ou 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>)					
N° de permis du gestionnaire de la pharmacie*		N° d'une pièce d'identité avec photo émise par le gouvernement (p. ex., permis de conduire ou passeport). <i>Joindre une copie de la pièce d'identité.</i>			

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

Dénomination sociale actuelle					
Nom commercial actuel					
Adresse actuelle					
Ville			Province		Code postal
N° de téléphone actuel		N° de télécopieur actuel		Adresse courriel actuelle	
N° de fournisseur actuel					

Renseignements relatifs au paiement – Transfert électronique de fonds

Je demande à Express Scripts Canada d'activer les versements par transfert électronique de fonds (dépôt direct) ou de modifier les renseignements relatifs à ces versements. 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.

Renseignements bancaires Joindre un des documents suivants : <input type="checkbox"/> Chèque ANNULÉ OU <input type="checkbox"/> 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 l'entreprise 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 votre institution financière précisant le numéro de compte et confirmant que vous êtes le titulaire de ce compte.</i>		
Nom du titulaire du compte		
Nom de l'institution financière		Nom de la succursale (s'il y a lieu)
Adresse de la succursale		
Ville	Province	Code postal
N° de l'institution financière	N° de succursale ou de transit	N° de compte

Renseignements sur le fournisseur de logiciel de pharmacie [soumission des demandes de paiement par échange de données informatisé (EDI)]

Nom du fournisseur de logiciel

Attestation et consentement

En signant le présent formulaire, je reconnais que les renseignements que j'ai fournis 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 vingt (20) jours ouvrables avant l'entrée en vigueur du changement.

Faites parvenir les pages de ce formulaire et les documents à l'appui de l'une des façons suivantes :

Par télécopieur : 1 855 622-0669

Par la poste : Express Scripts Canada
 Service des relations avec les fournisseurs
 5770, rue Hurontario, 10^e étage
 Mississauga, ON L5R 3G5

Rempli par :

Signature du propriétaire ou du dirigeant de l'entreprise (pas de timbre)	Nom complet du propriétaire ou du dirigeant de l'entreprise (en caractères d'imprimerie)
N° de téléphone du propriétaire ou du dirigeant de l'entreprise	Date de la signature (jour/mois/année)