

Déclaration de renseignements sur le fournisseur

N ^{os} de fournisseur attribués par Express Scripts Canada :
Date d'effet :
<p>Nature de la demande, sélectionnez les options qui s'appliquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ouverture d'une nouvelle pharmacie <input type="checkbox"/> Changement de propriétaire, d'administrateurs ou de dirigeants <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Changement de dénomination sociale <input type="checkbox"/> Arrivée ou départ de propriétaires, d'administrateurs ou de dirigeants <input type="checkbox"/> Fusion d'entreprises <input type="checkbox"/> Activation du transfert électronique de fonds ou changement des renseignements sur le transfert électronique de fonds/dépôt direct/compte bancaire <input type="checkbox"/> Changement d'adresse de la pharmacie <input type="checkbox"/> Changement de nom de la chaîne de la pharmacie <input type="checkbox"/> Changement des honoraires professionnels de la pharmacie <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____
<p>Documents que vous devez faire parvenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Documents constitutifs de l'entreprise qui mentionne tous les propriétaires de l'entreprise, de la société en nom collectif ou de l'entité. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Copie du certificat d'assurance responsabilité civile (en cas d'ouverture d'une pharmacie ou d'un changement de propriétaire). <input type="checkbox"/> Chèque annulé sur lequel figure la dénomination sociale de l'entreprise. <input type="checkbox"/> Preuve d'accréditation délivrée par l'organisme de réglementation des pharmaciens de votre province. <input type="checkbox"/> Toutes les pages du présent formulaire (indiquer S. O. sur les pages non remplies). <input type="checkbox"/> Liste de toutes les autres pharmacies détenues en totalité ou en partie par l'un des 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

<p>Type d'entreprise</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Société par actions <input type="checkbox"/> Entreprise individuelle <input type="checkbox"/> Société en nom collectif 	<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, faute de quoi, le traitement de la demande pourrait être retardé ou la demande pourrait être refusée.)</i></p>	
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		Nos 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		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)

3 Nom (<i>prénom et nom de famille</i>)		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 (<i>prénom et nom de famille</i>)		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 (<i>prénom et nom de famille</i>)		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		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 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 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 mettre à jour 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. Je comprends 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 : <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 conformément à la section 4 du Manuel à l'intention du pharmacien.

Frais de service d'Express Scripts Canada :

J'ai lu et compris qu'Express Scripts Canada facture des frais de service, comme indiqué dans la section 2.6 du Manuel à l'intention du pharmacien.

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

Par télécopieur au : 1 855 622-0669 ou

Par la poste, à l'adresse : Express Scripts Canada

Service des relations avec les fournisseurs

5770, rue Hurontario, 10^e étage,

Mississauga (Ontario) 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 (<i>jour/mois/année</i>)