

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU DENTUROLOGISTE

Veillez 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 ci-dessous :

Téléchargez le tout après avoir rempli le Formulaire à remplir par les fournisseurs dans la section Inscription de l'onglet Fournisseurs de soins de santé

Télécopiez le tout au numéro 1 855 622-0669

Postez le tout à 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)

<https://www.express-scripts.ca/fr/healthcare-providers/become-a-provider>

Renseignements sur le fournisseur – Renseignements relatifs au paiement – Transfert électronique de fonds					
N° du cabinet/de la clinique dans DACnet ^{MC} : _____	<p>Par la présente, je demande à Express Scripts Canada d'établir 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 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 bancaire, qu'il s'agisse 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.</p> <p>Renseignements bancaires</p> <p>Joindre un des documents suivants : <input type="checkbox"/> Chèque ANNULÉ OU <input type="checkbox"/> Lettre de l'institution financière</p> <p><i>Vous devez joindre un chèque portant la mention ANNULÉ ou une lettre de l'institution financière.</i></p> <p>Nom du titulaire du compte</p> <table border="1"> <tr> <td>N° de l'institution financière</td> <td>No de la succursale</td> </tr> <tr> <td colspan="2">No de compte</td> </tr> </table>	N° de l'institution financière	No de la succursale	No de compte	
N° de l'institution financière		No de la succursale			
No de compte					
Numéro de fournisseur : _____					
N° de permis d'exercice* : _____					
Date d'effet : _____					
Nom du cabinet/de la clinique : _____					
Nom : _____ Prénom : _____					
Adresse postale : _____					
Bureau / Case postale : _____					
Ville (Province) Code postal : _____					
Téléphone : _____ Télécopieur : _____					
Adresse courriel : _____					
Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais					
*Délivré par l'ordre professionnel ou l'association de la province ou des territoires. 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 l'ordre professionnel ou de l'association de votre province ou de votre territoire.					

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, 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 soins prodigués aux participants admissibles dans le cadre de certains régimes de soins dentaires.

À titre de fournisseur, lorsque vous soumettrez une demande de règlement, 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 »). Veuillez noter que le Guide 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 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 de votre province ou de votre territoire.

Comme il est indiqué dans le Guide, les modalités comprennent les suivantes, 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 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'actes et des définitions normalisés
- Programme de vérification du fournisseur, qui comprend la vérification sur place
- Conservation des documents et des dossiers pertinents à l'appui des demandes de règlement

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

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

Signature du fournisseur (aucun timbre)

Date de la signature (aaaa-mm-jj)