

**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'avertir Express Scripts Canada par écrit de tout changement devant être apporté aux renseignements contenus dans le présent formulaire. 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 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.

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

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)

Renseignements sur le fournisseur (obligatoires) :	Type de modification :				
Numéro de fournisseur : _____ N° de permis d'exercice : _____ Spécialité : _____ Prénom : _____ Nom : _____	<input type="checkbox"/> Modification relative au cabinet du fournisseur <input type="checkbox"/> Autres cabinets <input type="checkbox"/> Modification d'une spécialité : _____ <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____				
<input type="checkbox"/> Autre cabinet ou <input type="checkbox"/> 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}) : _____ Date d'effet : _____ Nom du cabinet/de la clinique : _____ Adresse postale : _____ Bureau / Case postale : _____ Ville (Province) Code postal : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Adresse courriel : _____ Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	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. 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.</i> Nom du titulaire du compte <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">N° de l'institution financière</td> <td style="width: 50%;">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					

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}) : _____

Date d'effet : _____

Nom du cabinet/de la clinique : _____

Adresse postale : _____

Bureau / Case postale : _____

Ville (Province) Code postal : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Adresse courriel : _____

Langue : Français Anglais

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.

Renseignements bancaires

Joindre un des documents suivants : Chèque ANNULÉ OU Lettre de l'institution financière

Vous devez joindre un chèque portant la mention ANNULÉ ou une lettre de l'institution financière.

Nom du titulaire du compte

N° de l'institution financière	N° de la succursale
N° de compte	

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