

En remplissant et en signant le présent Formulaire d'inscription du fournisseur de soins dentaires, vous deviendrez un fournisseur dans le cadre du Programme des SSNA (tel qu'il est défini aux présentes) (le « fournisseur ») et vous obtiendrez un numéro de fournisseur. Ce numéro de fournisseur vous permettra de soumettre des demandes de paiement directement à Express Scripts Canada en vue du règlement des soins prodigués aux bénéficiaires admissibles dans le cadre du Programme des SSNA de Santé Canada.

À titre de fournisseur, lorsque vous soumettez une demande de paiement, vous serez assujéti aux modalités du Programme des SSNA, de la Trousse de soumission des demandes de paiement pour soins dentaires (la « trousse ») et du Guide des fournisseurs pour la prestation de soins dentaires (le « guide »). Vous pouvez télécharger un exemplaire de ces deux documents à partir du site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA à l'adresse www.provider.express-scripts.ca. Veuillez noter que la trousse et le guide feront l'objet de mises à jour régulières. Le fournisseur doit disposer de la version la plus à jour de la trousse et du guide. Les révisions à ces documents seront annoncées dans les bulletins des SSNA à l'intention des fournisseurs de soins dentaires et affichées sur le site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA.

Les services facturés à Express Scripts Canada et réglés par celle-ci au numéro de fournisseur assigné à votre logiciel vous incombent, en tant que signataire du présent formulaire d'inscription, peu importe la structure organisationnelle de votre cabinet dentaire. Le fait de soumettre une demande de paiement à l'aide de votre numéro de fournisseur signifie que vous comprenez ces modalités et que vous acceptez de les respecter. De plus, les fournisseurs doivent faire part de leur inscription à l'organisme de réglementation professionnelle de leur province ou territoire.

Les modalités relatives à la soumission des demandes sont les suivantes, sans toutefois s'y limiter :

- Exigences en matière de permis d'exercer et d'admissibilité du fournisseur;
- Exigences en matière d'admissibilité du bénéficiaire;
- Coordination des services avec d'autres régimes d'assurance maladie;
- Exigences et processus en matière de documents à soumettre;
- Services couverts et limites applicables;
- Exigences pour les fournisseurs de soins dentaires relativement à l'utilisation des codes de traitements et des définitions normalisés;
- Programme de vérification administrative du fournisseur, qui comprend la vérification sur place;
- Conservation des documents et dossiers pertinents à l'appui des demandes de paiement.

La durée de la présente inscription commencera à la date à laquelle le fournisseur obtient un numéro de fournisseur d'Express Scripts Canada. Express Scripts Canada peut envoyer au fournisseur un avis écrit mettant fin à son inscription sans aucun motif. Veuillez vous reporter à la trousse pour obtenir des détails supplémentaires.

N° de fournisseur

Personne-ressource

Signature du fournisseur de soins dentaires (AUCUN TIMBRE)

Rempli par

Téléphone