



Veuillez remplir, signer et retourner TOUTES les pages du formulaire d'inscription par télécopieur ou par la poste à :

Télécopieur : 905 712-0669

Poste : Express Scripts Canada, Service des relations avec les fournisseurs, 5770, rue Hurontario, 10<sup>e</sup> étage, Mississauga (ONTARIO) L5R 3G5

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DENTAIRES	
N° de fournisseur : <u>012345678</u>	Langue de correspondance: <input checked="" type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Nom : <u>UNTEL</u>	Prénom : <u>JEAN</u>
N° de permis d'exercice : <u>23456</u>	Spécialité : <u>GÉNÉRALISTE</u>
Veuillez préciser le mode de communication privilégié pour chaque type de communication :	
Communications générales (cochez une seule case) : <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Téléc <input type="checkbox"/> Poste	
Lettres de prédétermination (cochez une seule case) : <input type="checkbox"/> Téléc. <input type="checkbox"/> Poste	
Veuillez préciser votre statut au sein du cabinet dentaire (cochez une seule case) :	
<input type="checkbox"/> Associé ( <i>Pas propriétaire ou partenaire propriétaire</i> )	
<input checked="" type="checkbox"/> Propriétaire ou partenaire propriétaire	
<input type="checkbox"/> Salarié ou <input type="checkbox"/> Professionnel de soins dentaires à tarif quotidien contractuel auprès d'un bureau régional de Santé Canada	

RENSEIGNEMENTS SUR LE CABINET DENTAIRE	
Si vous devez inscrire des cabinets supplémentaires, veuillez utiliser une autre feuille pour fournir les renseignements demandés et la joindre au formulaire d'inscription dûment rempli.	
CABINET PRINCIPAL	CABINET SUPPLÉMENTAIRE
Date d'effet : <u>12 17 AOÛT 2011</u>	Date d'effet : _____
Statut (cochez une seule case) : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Salarié ou <input type="checkbox"/> Professionnel de soins dentaires à tarif quotidien contractuel auprès d'un bureau régional de Santé Canada	Statut (cochez une seule case) : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Salarié ou <input type="checkbox"/> Professionnel de soins dentaires à tarif quotidien contractuel auprès d'un bureau régional de Santé Canada
ID du bureau (CDAnet/ DACnet <sup>MC</sup> / ACDQ) : <u>9876</u>	ID du bureau (CDAnet/ DACnet <sup>MC</sup> / ACDQ) : _____
Nom du cabinet : <u>ABC CABINET DENTAIRE</u>	Nom du cabinet : <u>(SI VOUS TRAVAILLEZ</u>
Adresse : <u>123, RUE PRINCIPALE</u>	Adresse : <u>AUSEIN D'AUTRES</u>
Bureau / Case postale : <u>1001</u>	Bureau / Case postale : <u>CABINETS )</u>
Ville, province, code postal : <u>TELLEVILLE, QC H1H1H1</u>	Ville, province, code postal : _____
Téléphone : <u>514-123-4444</u> Télécopieur : <u>514-123-4445</u>	Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Courriel : <u>juntel@abcdentaire.com</u>	Courriel : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE MODE DE RÈGLEMENT – TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DE FONDS (TÉF)
J'autorise Express Scripts Canada à établir le TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DE FONDS (TÉF) 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 CONFIDENTIELS J'avisera rapidement Express Scripts Canada de tout changement bancaire, qu'il s'agisse de la succursale ou du compte.
ID du bureau (CDAnet/ DACnet <sup>MC</sup> / ACDQ) : <u>9876</u>
Veuillez fournir les renseignements ci-dessous et <input checked="" type="checkbox"/> joindre un chèque ANNULÉ ou une lettre de la banque (la photocopie d'un chèque ANNULÉ peut être télécopiée)
Nom de la banque : <u>PREMIÈRE BANQUE</u> Succursale : <u>CENTRE-VILLE</u>
Adresse de la succursale : <u>123, RUE DE LA BANQUE</u>
Ville : <u>TELLEVILLE</u> Province : <u>QC</u> Code postal : <u>H2H 2H2</u>
Banque : <u>10101</u> Succursale : <u>999999</u> N° de compte : <u>1000001</u>

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 soumettrez 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](http://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.

0123 45678

N° de fournisseur

MARIE UNETELLE

Personne-ressource

Jean Hertel

Signature du fournisseur de soins dentaires (AUCUN TIMBRE)

MARIE UNETELLE

Rempli par

514-123-4444

Téléphone