



Veillez remplir TOUTES les sections du présent formulaire d'inscription, le signer puis l'envoyer par télécopieur ou par la poste.

Télécopieur : 1 855 622-0669

Poste : Express Scripts Canada, Service des relations avec les fournisseurs, 5770, rue Hurontario, 10° étage, Mississauga (Ontario) L5R 3G5

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DENTAIRES
N° de fournisseur : Langue de correspondance : Français Anglais
Nom : Prénom :
N° de permis d'exercice : Spécialité :
Veuillez préciser le mode de communication privilégié pour chaque type de communication :
Communications générales (cochez une seule case) : Courriel Téléc. Poste
Lettres de prédétermination (cochez une seule case) : Téléc. Poste
Veuillez préciser votre statut au sein du cabinet dentaire (cochez une seule case) :
Associé (n'est pas propriétaire ou partenaire propriétaire)
Propriétaire ou partenaire propriétaire
Salarié ou 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'entrée en vigueur (AAAA-MM-JJJJ) : Statut (cochez une seule case) : Propriétaire Associé
Salarié ou Professionnel de soins dentaires à tarif quotidien contractuel auprès d'un bureau régional de Santé Canada
ID du bureau (CDAnet/ DACnet/ ACDQ) : Nom du cabinet : Adresse : Bureau / Case postale : Ville : Province : Code postal : Téléphone : Télécopieur : Courriel :

RENSEIGNEMENTS SUR LE MODE DE RÈGLEMENT – TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DE FONDS
J'autorise Express Scripts Canada à établir le TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DE FONDS (TEF). 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'aviserai rapidement Express Scripts Canada de tout changement bancaire, qu'il s'agisse de la succursale ou du compte.
ID du bureau (CDAnet/ DACnet/ ACDQ) :
Veillez fournir les renseignements ci-dessous et joindre un chèque ANNULÉ ou une lettre de la banque (la photocopie d'un chèque ANNULÉ peut être télécopiée).
Nom de la banque : Succursale :
Adresse de la succursale :
Ville : Province : Code postal :
Banque : Succursale : N° de compte :

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 apportées 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.

**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 ci-dessous 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.**

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 de soins de santé;
- 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 présente inscription entrera en vigueur à la date à laquelle le numéro du fournisseur attribué par Express Scripts Canada prend effet. Express Scripts Canada peut envoyer au fournisseur un avis écrit mettant fin à son inscription sans aucun motif. Veuillez consulter la trousse pour obtenir des détails supplémentaires.**

---

**N° de fournisseur**

---

**Personne-ressource**

SIGNÉ

---

**Signature du fournisseur de soins dentaires  
(AUCUN TIMBRE)**

---

**Rempli par**

---

**Téléphone**