

Veuillez 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<sup>e</sup> étage, Mississauga, ON L5R 3G5

**CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI PAR TOUS LES HYGIÉNISTES DENTAIRES INDÉPENDANTS D'UN MÊME CABINET**

RENSEIGNEMENTS SUR L'HYGIÉNISTE DENTAIRE INDÉPENDANT			
N° de permis d'exercice :		Numéro CDHA-ACHDnet (s'il y a lieu) :	
Nom :		Prénom :	
Langue de correspondance : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais			
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) :			
<input type="checkbox"/> Associé (N'est pas propriétaire ou partenaire propriétaire)			
<input type="checkbox"/> Propriétaire ou partenaire propriétaire			
<input type="checkbox"/> Salarié			

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-JJ) : _____	Date d'entrée en vigueur (AAAA-MM-JJ) : _____
Statut (cochez une seule case) : <input type="checkbox"/> Propriétaire    Associé <input type="checkbox"/> Salarié	Statut (cochez une seule case) : <input type="checkbox"/> Propriétaire    Associé <input type="checkbox"/> Salarié
Nom du cabinet : _____	Nom du cabinet : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Bureau / Case postale : _____	Bureau / Case postale : _____
Ville : _____	Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____	Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____	Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Courriel : _____	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 <i>confidentiels</i> . J'aviserai rapidement Express Scripts Canada de tout changement bancaire, qu'il s'agisse de la succursale ou du compte.
Veuillez fournir les renseignements ci-dessous et <b>joindre un chèque ANNULÉ ou une lettre de la banque</b> (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 de l'hygiéniste dentaire indépendant, vous deviendrez un fournisseur dans le cadre du Programme des SSNA (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.

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 »), du Guide des fournisseurs pour la prestation de soins dentaires (le « guide ») et des grilles régionales des soins dentaires du Programme des SSNA à l'intention des hygiénistes dentaires qui s'appliquent à chaque province ou territoire. Vous pouvez télécharger un exemplaire de ces documents à partir du site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA à l'adresse [www.fr.provider.express-scripts.ca](http://www.fr.provider.express-scripts.ca). Veuillez noter que la trousse et le guide feront l'objet de mises à jour régulières. Il vous incombe de respecter les dispositions 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 seront 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 à respecter relativement à la soumission des demandes de paiement sont les suivantes, sans toutefois s'y limiter :

- Exigences en matière de permis d'exercer et d'admissibilité du fournisseur. Les actes dentaires doivent avoir été suggérés ou effectués par un hygiéniste dentaire indépendant qui est légalement autorisé à pratiquer sa profession dans la province ou le territoire où les services ont été rendus.
- Exigences en matière d'admissibilité du bénéficiaire du Programme des SSNA.
- Coordination des services avec d'autres régimes de soins de santé auxquels le bénéficiaire participe.
- Exigences et processus en matière de documents à soumettre.
- Exigences relatives aux copies de radiographies qui doivent être fournies sans frais à un autre professionnel de soins dentaires (s'il y a lieu).
- Services couverts et limites applicables dans le cadre du Programme des SSNA. Les codes d'acte soumis et les services rendus doivent être admissibles dans le cadre du Programme des SSNA et être réservés uniquement aux hygiénistes dentaires.
- Exigences pour les hygiénistes dentaires relativement à l'utilisation des codes d'acte et au respect des définitions normalisés.
- Honoraires indiqués dans les grilles régionales des soins dentaires du Programme des SSNA à l'intention des hygiénistes dentaires qui s'appliquent à chaque province ou territoire constitueront le règlement complet des services rendus. L'hygiéniste dentaire ne doit pas demander d'autres frais aux bénéficiaires ni leur demander de payer les soins à l'avance dans le cadre du Programme des SSNA.
- Exigences du Programme de vérification administrative du fournisseur réalisé par Express Scripts Canada, qui peut comprendre la vérification sur place des demandes de paiement soumises dans le cadre du Programme des SSNA, ainsi que toute autre demande de vérification par Santé Canada;
- Conservation des documents et dossiers pertinents à l'appui des demandes de paiement. Le Programme des SSNA exigera le remboursement de toute demande de paiement qui ne peut être justifiée.

**Les services rendus ne sont admissibles à la couverture que s'ils respectent les politiques et directives du Programme des SSNA. 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 fera parvenir au fournisseur un avis écrit lorsque son inscription prendra fin et que son numéro de fournisseur sera désactivé. Veuillez consulter la trousse pour obtenir des détails supplémentaires.**

\_\_\_\_\_  
N° de fournisseur

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

\_\_\_\_\_  
Personne-ressource

SIGNÉ

  
\_\_\_\_\_  
Signature de l'hygiéniste dentaire indépendant (AUCUN TIMBRE)

\_\_\_\_\_  
Rempli par

\_\_\_\_\_  
Téléphone