



FORMULAIRE DE MODIFICATION DES RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SERVICES DE MÉDICAMENTS/D'ÉMFM

Il incombe au fournisseur d'aviser Express Scripts Canada par écrit de tout changement à son profil.

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR (Renseignements obligatoires)

Les changements au profil s'appliquent à : Demandes de règlement à Express Scripts (assurance médicaments seulement)
(cochez les deux cases, le cas échéant) Demandes de paiement pour le Programme des SSNA (Premières nations et Inuits) (médicaments et ÉMFM)

N° de fournisseur : _____ Langue de correspondance : Français Anglais
Faisant affaire sous le nom de : _____
Dénomination sociale : _____
Adresse actuelle : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Courriel : _____
Nom de la personne-ressource : _____ Titre : _____

SECTION A – COMMUNICATIONS (Changement)

Veuillez préciser le mode de communication privilégié pour chaque type de communication : **Communications générales** (cochez une seule case) : Courriel Téléc. Poste
Lettres d'autorisation préalable (cochez une seule case) : Téléc. Poste

SECTION B – MODIFICATION DU NOM SOUS LEQUEL LE FOURNISSEUR FAIT AFFAIRE

La modification du nom sous lequel le fournisseur fait affaire est acceptée lorsque la **dénomination sociale** et le **nom des propriétaires** restent les mêmes.

Date d'entrée en vigueur (AAAA-MM-JJ) : _____

Nom sous lequel le fournisseur fait affaire à l'heure actuelle : _____

Nouveau nom sous lequel le fournisseur fait affaire : _____

Modification de la dénomination sociale/du nom des propriétaires (y compris l'ajout ou la suppression du nom d'un propriétaire) –
Si vous cochez cette case, un représentant d'Express Scripts Canada communiquera avec vous pour que vous remplissiez une **NOUVELLE entente**.

SECTION C – ADRESSE (Changement)

Date d'entrée en vigueur : _____
Adresse : _____ Téléphone : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Mode de communication privilégié : _____
Cochez une seule case
Courriel : _____ Télécopieur : _____ Poste

SECTION D – MODE DE RÈGLEMENT (Changement ou établissement du transfert électronique de fonds)

J'autorise Express Scripts Canada à établir le TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DE FONDS (TÉF). J'autorise les dépôts dans mon compte bancaire, mais pas les retraits ni d'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.

Date d'entrée en vigueur : _____ **Renseignements sur un NOUVEAU compte** **REPLACER les renseignements**

Veuillez 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 : | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION E – HONORAIRES PROFESSIONNELS (Changement) (Pharmacies à l'extérieur du Québec SEULEMENT)

Pharmacies de l'ONTARIO	TOUTES LES AUTRES pharmacies
Date d'entrée en vigueur : _____ Zone établie par le PMO : _____	Date d'entrée en vigueur : _____
Hon. prof. ACTUELS : _____	Hon. prof. ACTUELS : _____
NOUVEAUX hon. prof. : _____	NOUVEAUX hon. prof. : _____

Nom complet du propriétaire ou du dirigeant de l'établissement (en caractères d'imprimerie) _____ Titre _____

Signature _____ Date _____

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli et signé (accompagné d'un chèque ANNULÉ ou d'une lettre de la banque, le cas échéant) par télécopieur au **1 855 622-0669** ou par la poste à : **Express Scripts Canada, Service des relations avec les fournisseurs, 5770, rue Hurontario, 10^e étage, Mississauga (Ontario) L5R 3G5.**