

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 FOND (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** **REMPACER 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 Date d'entrée en vigueur : _____ Zone établie par le PMO : _____ Hon. prof. ACTUELS : _____ NOUVEAUX hon. prof. : _____	TOUTES LES AUTRES pharmacies Date d'entrée en vigueur : _____ Hon. prof. ACTUELS : _____ NOUVEAUX hon. prof. : _____
---	--

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

Titre

Signature

SIGNÉ

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.**