EXPRESS SCRIPTS®

Programme des services de santé non assurés (SSNA)
FORMULAIRE DE MODIFICATION DES RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DENTAIRES

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR (Renseignements obligatoires)

Numéro du fournisseur : _____ Langue de correspondance : ❑ Français ❑ Anglais

Nom : _____ Prénom : _____

Nom du cabinet : _____ ID du bureau (CDAnet / ACDQ / DACnet[MC]) : _____

❑ SECTION A – COMMUNICATIONS (Changement)

Communications générales (*cochez une seule case*) : ❑ Courriel _____ ❑ Télécopieur _____ ❑ Poste

Lettres de prédétermination (*cochez une seule case*) ❑ Télécopieur _____ ❑ Poste

❑ SECTION B – RENSEIGNEMENTS SUR L'ADRESSE (Changement)

ANCIENNE ADRESSE	NOUVELLE ADRESSE
Date d'effet du changement : _____	
Nom du cabinet : _____	Nom du cabinet : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Bureau / Case postale : _____	Bureau / Case postale : _____
Ville, province, code postal : _____	Ville, province, code postal : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____	Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Courriel : _____	Courriel : _____

❑ SECTION C – AUTRE(S) CABINET(S) (Mise en place ou changement) (Au besoin, utilisez une autre feuille et joignez-la à ce formulaire)

AUTRE CABINET N^{O} 1	AUTRE CABINET N^{O} 2
Date d'effet : _____	Date d'effet : _____
Statut (cochez une case) : ❑ Propriétaire ❑ Associé ❑ Professionnel de soins dentaires salarié ou à tarif quotidien contractuel auprès d'un bureau régional des SSNA	Statut (cochez une case) : ❑ Propriétaire ❑ Associé ❑ Professionnel de soins dentaires salarié ou à tarif quotidien contractuel auprès d'un bureau régional des SSNA
ID du bureau (CDAnet / ACDQ / DACnet[MC]) : _____	ID du bureau (CDAnet / ACDQ / DACnet[MC]) : _____
Nom du cabinet : _____	Nom du cabinet : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Bureau / Case postale : _____	Bureau / Case postale : _____
Ville, province, code postal : _____	Ville, province, code postal : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____	Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Courriel : _____	Courriel : _____

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

J'autorise Express Scripts Canada à changer ou 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'aviserai rapidement Express Scripts Canada de tout changement bancaire, qu'il s'agisse de la succursale ou du compte.

Date d'effet : _____ ❑ **NOUVEAU compte** ou ❑ **REMPLACER** les renseignements

ID du bureau (CDAnet/ ACDQ / DACnet[MC]) : _____ ❑ Chèque ANNULÉ **ou** ❑ Lettre de la banque

Nom de la banque : _____ Succursale : _____

Adresse de la succursale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Banque : | | | | Succursale : | | | | | | N^{O} de compte : | | | | | | | | | | |

❑ SECTION E – AUTRE (Changement à la constitution en personne morale, à la spécialité ou autre)

Date d'effet : _____ ❑ Constitution en personne morale (*Veuillez indiquer le nouveau numéro de fournisseur*) : _____

❑ Spécialité : _____ ❑ Autre (Description du changement) : _____

_____ _____ _____

Nom du fournisseur (en caractères d'imprimerie) Signature du fournisseur (AUCUN TIMBRE) 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 (la photocopie d'un chèque annulé peut être télécopiée) au **905 712-0669** ou par la poste à : **Express Scripts Canada, Service des relations avec les fournisseurs, 5770, rue Hurontario, 10^{e} étage, Mississauga (Ontario) L5R 3G5.**