EXPRESS SCRIPTS®

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 : (cochez les deux cases, le cas échéant)
- ❑ Demandes de règlement à Express Scripts (assurance médicaments seulement)
- ❑ 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 ❑ Télec. ❑ Poste

Lettres d'autorisation préalable (cochez une seule case) : ❑ Télec. ❑ 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'effet de la modification : _____

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'effet du changement : _____

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'effet : _____ ❑ **Renseignements sur un NOUVEAU compte** ❑ **REMPLACER 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'effet : _____ Zone établie par le PMO : _____

Hon. prof. ACTUELS : _____

NOUVEAUX hon. prof. : _____

TOUTES LES AUTRES pharmacies

Date d'effet : _____

Hon. prof. ACTUELS : _____

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 **905 712-0669** ou par la poste à : **Express Scripts Canada, Service des relations avec les fournisseurs, 5770, rue Hurontario, 10e étage, Mississauga (Ontario) L5R 3G5**