

FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LA PHARMACIE
À L'ATTENTION DE : RELATIONS AVEC LES FOURNISSEURS
ET LES PROFESSIONNELS - TÉLÉCOPIEUR : 506-869-9673

Écrire clairement en caractères d'imprimerie

Les champs requis sont marqués d'un astérisque (). S'ils ne sont pas remplis, le numéro de fournisseur ne sera pas émis.*

1. Nom de la pharmacie* _____
2. Numéro du magasin _____
3. Bannière indépendante ou nom de la chaîne* _____
Affiliation appropriée (s'il y a lieu), y compris les groupes achetés ou les autres ententes).
4. Date d'ouverture* _____
5. N° de téléphone avant l'ouverture* _____
6. N° de télécopieur avant l'ouverture* _____
7. Adresse de la pharmacie* _____
Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____
8. N° de téléphone de la pharmacie* _____
9. N° de télécopieur de la pharmacie* _____
10. Courriel _____
11. N° de permis de la pharmacie* _____
12. N° de permis et nom du pharmacien* _____
13. S'agit-il d'un changement de propriété?* OUI

Si oui, précisez le numéro de fournisseur CBM : _____

NON

Submit your completed form by - Soumettez le formulaire de demande dûment rempli par :

E-mail: provider@medavie.bluecross.ca - Courriel : fournisseurs@medavie.croixbleue.ca

Fax: 506-869-9673 - Télécopieur : 506-869-9673

Mail: Medavie Blue Cross, c/o Corporate Provider Services, 644 Main Street, PO Box 220, Moncton, NB E1C 8L3

La poste : Croix Bleue Medavie, Services aux fournisseurs, 644, rue Main, C. P. 220, Moncton (N.-B.), E1C 8L3

A **separate** application is required for each provider number for which you submit claims. Please allow up to 2-4 weeks for processing.

Une demande **distincte** est requise pour chaque numéro de fournisseur pour lequel vous soumettez des demandes de règlement.

Veillez prévoir de deux à quatre semaines pour le traitement de votre demande.

Section A - Please print clearly / Écrivez lisiblement

Provider Name / Nom du fournisseur

Provider Number / Numéro du fournisseur

Clinic/Business Name / Nom de la clinique/ entreprise

Provider/Clinic/Business Address - Adresse du fournisseur/clinique/ entreprise

City/Town / Ville Province Postal Code / Code postal

Telephone / Téléphone Fax / Télécopieur

E-mail Address / Courrier électronique

Section B - Voided cheque is mandatory in order to process your request. / Un chèque annulé est obligatoire afin de compléter votre demande.

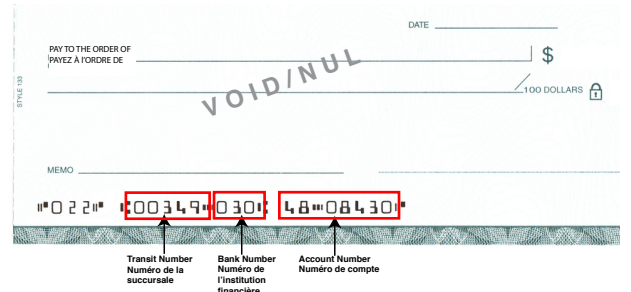
Payment is made to - Paiement à l'ordre de :

Provider - Fournisseur Clinic/Business - Clinique/Entreprise

Transit Number / Numéro de succursale

Bank Number / Numéro de l'institution

Account Number / Numéro de compte



Section C - Authorization / Autorisation

I (provider) _____ of (clinic/business name) _____, am an authorized signing officer(s) for the purpose of completing this Direct Deposit form as the applicant(s). I authorize Medavie Blue Cross to directly deposit payments for the applicant(s) into the account noted on the attached cheque. This instruction cancels all previous instructions for direct deposit claims payment. I agree to reimburse Medavie Blue Cross for any funds deposited to this account in error. This authorization will remain in effect until further notice.

Je (le fournisseur) _____ de (nom de la clinique/entreprise) _____, suis un signataire autorisé à remplir le présent formulaire de demande d'inscription au dépôt direct comme réquérant ou en son nom. J'autorise Croix Bleue Medavie à déposer directement les remboursements du réquérant dans le compte mentionné sur le chèque joint. Les présentes directives annulent toutes directives précédentes concernant le paiement par dépôt direct des demandes de règlement. Je consens à rembourser Croix Bleue Medavie pour tous fonds déposés par erreur dans mon compte. L'autorisation demeure en vigueur jusqu'à avis contraire.

Signature of Provider Named Above / Signature du fournisseur susmentionné

Effective Date / Date d'entrée en vigueur DD - JJ MM YY - AA

Signature of Authorized Signing Officer for Named Clinic/Business (if applicable) / Signature du signataire autorisé pour la clinique/entreprise nommée (le cas échéant)

Effective Date / Date d'entrée en vigueur DD - JJ MM YY - AA

NOTE: APPLICATION WILL NOT BE PROCESSED WITHOUT THE SIGNATURE OF THE PROVIDER NAMED ABOVE.
NOTE : LA DEMANDE NE SERA PAS TRAITÉE SANS LA SIGNATURE DU FOURNISSEUR SUSMENTIONNÉ.