

Formulaire de demande de changement des pharmaciens-fournisseurs

Un formulaire à jour est accessible en ligne à l'adresse <http://telussante.com/demandedechangement>

Pour les clients tiers assureurs de TELUS Santé et le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP).

Nous exigeons un préavis de DEUX semaines pour toute modification apportée à votre profil en pharmacie. À noter qu'un formulaire incomplet ou le défaut de nous fournir les documents de soutien exigés (comme un spécimen de chèque ou une lettre de la banque lors d'un changement d'établissement bancaire, ou une copie d'une pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement lors d'un changement de gérant de pharmacie autorisé ou de l'ajout d'un signataire autorisé) entraîneront un délai dans le traitement des changements demandés. Notez que ceux-ci seront également appliqués à votre numéro de fournisseur de RSSFP.

Nous vous prions de retourner ce formulaire par télécopieur ou courriel en utilisant les coordonnées suivantes : 1-866-840-1466 (ou services.fournisseur@telus.com)

Indiquez le(s) type(s) de changement(s) demandé(s) (veuillez sélectionner tous les types applicables) :

Nom commercial
 Frais d'exécution d'ordonnance
 Option de paiement
 Logiciel
 Adresse
 Banque
 Gérant
 Fermeture

PARTIE A – Coordonnées actuelles du fournisseur (tous les champs de cette section sont OBLIGATOIRES)																	
Raison sociale	Numéro de fournisseur TELUS <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
Nom commercial (Inclure le numéro de la pharmacie, s'il y a lieu)	Numéro de licence																
Adresse	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur															
Municipalité, province, code postal	Adresse courriel (principale)																
	Adresse courriel (secondaire)																

PARTIE B – Nom commercial (une nouvelle entente doit être signée si vous changez de raison sociale)	
Nouveau nom commercial	Date d'entrée en vigueur

PARTIE C – Frais d'exécution d'ordonnance (habituellement en vigueur dans la province)		
Frais actuels	Nouveaux frais	Date d'entrée en vigueur

PARTIE D – Option de paiement (paiement le jour suivant, aux deux semaines ou aux 30 jours)		
Option de paiement actuelle	Nouvelle option de paiement	Date d'entrée en vigueur

PARTIE E – Logiciel		
Ancien logiciel	Nouveau logiciel	Date d'entrée en vigueur

PARTIE F – Adresse / téléphone / télécopieur / courriel			
Nouvelle adresse de la pharmacie	Nouveau numéro de téléphone	Nouveau numéro de télécopieur	Date d'entrée en vigueur
Municipalité, province, code postal		Nouvelle adresse courriel	

PARTIE G – Banque (Vous DEVEZ JOINDRE un spécimen de chèque ou une lettre officielle signée par un dirigeant de la banque)

Nom de la banque	Numéro de la banque	
Numéro du compte	Numéro de transit	Date d'entrée en vigueur

PARTIE H – Signataires autorisés

Les signataires autorisés ont la possibilité de demander, à partir de ce formulaire, des modifications à toutes les informations relatives à la pharmacie. Tous les signataires autorisés sont chargés de veiller à ce que les renseignements fournis à TELUS Santé soient justes et précis.

Nom	Titre
Signature	Date d'entrée en vigueur

PARTIE I – Fermeture

Raison de la fermeture	Date d'entrée en vigueur
------------------------	--------------------------

PARTIE J – Pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement

Dans le cas d'un changement de gérant de pharmacie autorisé ou de l'ajout d'un signataire autorisé, vous devez fournir une copie de l'une des pièces d'identité avec photo délivrées par le gouvernement indiquées ci-dessous pour la personne faisant l'objet de la demande.

- Permis de conduire provincial
- Carte d'identité provinciale avec photo
- Passeport canadien

Veillez lire ce qui suit avant de signer: Je reconnais que toute transaction envoyée par la pharmacie, paiement reçu ou non de TELUS Santé, authentifie la délivrance des médicaments inscrits sur l'ordonnance à un patient, tel que le prouve l'ordonnance enregistrée et conservée dans les dossiers et que Je confirme la vérification visuelle de la carte Assure^{MC} du patient. J'autorise TELUS Santé à mener toute enquête auprès de mon ordre professionnel provincial relativement à mon statut professionnel. J'informerai TELUS Santé de tout changement de gérance, de raison sociale ou de propriétaire. Tout manquement à la politique du groupe TELUS Santé peut entraîner la perte de mon numéro de fournisseur.

Signature du gérant de pharmacie autorisé

Nom	Numéro de licence	<input type="checkbox"/> Cochez si vous êtes un nouveau gestionnaire
Signature	Date	