

DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT DE PAIEMENT POUR LES SERVICES DENTAIRES

Par la présente, j'autorise que tous les montants reliés aux demandes de règlements soumises à NexgenRx Inc. pour fins de traitements et de paiements, selon les régimes d'assurance collective de divers promoteurs de régimes de soins dentaires et leurs membres admissibles, soient déposées directement dans le compte bancaire indiqué sur le spécimen de chèque ci-joint par dépôt direct (un compte par numéro unique/adresse).

Veuillez prendre note qu'aucun chèque ne sera émis après la réception de la demande de dépôt direct de paiement et vous aurez accès à l'explication de vos prestations par l'entremise de notre site Web.

S'il y a **PLUSIEURS DENTISTES** à une seule adresse, s'il vous plaît remplir un formulaire pour chaque dentiste.

#	Dentiste	Numéro unique									
1											

Adresse postale complète: Veuillez nous fournir une liste complète des adresses, où les soins sont fournis et qui recevront un dépôt direct au compte bancaire ci-joint. (voir spécimen de chèque).

#	Adresse	Ville / Province	Code Postale	Numéro de téléphone	Numéro de fax
1					
2					
3					
4					
5					

Adresse courriel de la clinique dentaire * (nécessaire/obligatoire)*

--

Signature autorisée * (nécessaire/obligatoire)*

Date

--	--

Pour s'assurer de l'exactitude des données, veuillez **JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE** ou **LETTRE DE LA BANQUE** ici :

NexgenRx Inc. s'engage à vous offrir un excellent service à la clientèle. Au plaisir de vous servir.

Retour par fax ou e-mail: Nexgen Rx Inc Services aux Fournisseurs au 1-877-639-4369
 providerservices@nexgenrx.com