



NexgenRx Inc.

185 The West Mall, bureau 600
Toronto, Ontario M9C 5L5

(Tél.) 416-695-8617

(Sans frais) 1-866-394-3648

(Télec. sans frais) 1-866-262-0007
1-877-639-4369

DEMANDE DE PHARMACIE PRESTATAIRE (QUÉBEC SEULEMENT)

Afin que NexgenRx Inc. (« nous ») puisse identifier correctement et payer la pharmacie indiquée ci-dessous (« vous » ou « votre ») pour les demandes de paiement de produits pharmaceutiques ou d'autres services que vous nous aurez soumises aux fins de règlement et de paiement dans le cadre de régimes d'assurance-médicaments que nous gérons pour le compte de divers administrateurs de régimes d'avantages sociaux et de leurs bénéficiaires respectifs (« détenteurs de carte »), vous devez nous fournir les renseignements suivants et vous engager à respecter la présente entente :

(VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE LISIBLEMENT, LE SIGNER ET LE TÉLÉCOPIER À NEXGENRX AU NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR SANS FRAIS CI-DESSUS. LES DOCUMENTS INCOMPLETS OU LES ANNEXES MANQUANTES ENTRAÎNERONT DES RETARDS DANS L'ATTRIBUTION D'UN NUMÉRO DE PHARMACIE PRESTATAIRE)

(REMARQUE : DANS LE CAS D'UNE PERSONNE MORALE (Y COMPRIS UNE CHAÎNE DE PHARMACIES) PROPRIÉTAIRE DE PLUS D'UNE PHARMACIE, VEUILLEZ INCLURE EN ANNEXE UN DOCUMENT QUI COMPRENDRA, POUR CHAQUE PHARMACIE, LES RENSEIGNEMENTS EXIGÉS AUX PARAGRAPHES 1, 2 ET 3 CI-DESSOUS.)

1. Identification de la pharmacie, licence et affiliation

a) Nom de la pharmacie

b) Chaîne, Bannières

c) Numéro de RAMQ

d) Affiliation de la chaîne, le cas échéant

e) Nom de tous les propriétaires associés

2. Coordonnées de la pharmacie

a) Adresse de la pharmacie

b) Adresse postale (si elle diffère)

c) N° de téléphone de la pharmacie

d) N° de télécopieur de la pharmacie

e) Courriel de la pharmacie

f) Contact à la pharmacie

Nom :

Poste :

g) Directeur de la pharmacie

Nom :

Poste :

3. Paiement : Nous effectuerons le paiement par transfert électronique de fonds dans votre compte bancaire d'après l'«entente AQPP»

Veuillez inclure un échantillon de chèque portant la mention « nul » dans l'espace prévu à cet effet à la page suivante. Cela nous permettra d'effectuer des dépôts dans votre compte (sans nous autoriser à y effectuer des retraits ou toute autre transaction).

INCLURE ICI LE CHEQUE NUL

4. **Language Preferred / Langue préférée** (cocher la case désirée) Anglais Français
Logiciel de gestion de la pharmacie

5.

Nom du logiciel utilisé :

Nous disposons d'un système de traitement en temps réel des demandes de paiement qui est compatible avec la plupart des logiciels de gestion de pharmacies. Veuillez contacter votre fournisseur de logiciel afin de confirmer si votre système est en mesure de nous envoyer vos demandes par voie électronique pour traitement et paiement. Si c'est le cas, indiquez ci-dessus le nom du logiciel de gestion de pharmacies que vous utilisez.

Vous acceptez de nous aviser par écrit, à l'adresse indiquée ci-dessus, de tout changement des renseignements énoncés aux présentes. Lorsque nous aurons accepté la présente entente, nous signerons à l'endroit indiqué ci-dessous, nous vous assignerons un numéro de pharmacie prestataire et nous vous retournerons un exemplaire signé de la présente entente. Vous vous engagez à utiliser votre numéro de pharmacie prestataire dans toutes les demandes de traitement et de paiement que vous nous adresserez ainsi que dans toutes vos communications avec nous. En apposant votre signature ci-dessous, vous

- a) nous demandez de vous assigner un numéro de pharmacie prestataire qui vous permettra de nous soumettre des demandes de paiement pour les médicaments ou autres produits et services professionnels que vous aurez fournis à des détenteurs de carte;
- b) reconnaissez que nous avons conclu une entente avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (l'« entente AQPP ») et reconnaissez que les modalités de cette entente régiront l'ensemble des opérations qui toucheront les deux parties aux présentes;

La présente demande sera régie et interprétée en vertu des lois de la province de Québec et des lois fédérales du Canada applicables à cet égard

Signé ce _____ jour de _____ 20__

(inscrire la raison sociale de la pharmacie ci-dessus)

Par :

signature

Nom (en caractères d'imprimerie)

Fonction (en caractères d'imprimerie)

Je possède les pouvoirs d'engager la responsabilité de la pharmacie indiquée ci-dessus

Note : NexgenRx exige la signature du signataire autorisé de la pharmacie accréditée auprès de l'autorité provinciale en matière de licences

La présente entente est acceptée à compter de la date indiquée ci-dessus.
NexgenRx Inc.

Numéro de pharmacie prestataire
(assigné par NexgenRx)

Par :

Andrew Munroe, Directeur des Opérations
Je possède les pouvoirs d'engager la responsabilité NexgenRx Inc.

INCLURE ICI LE CHEQUE NUL
(voir section 4)