



**REQUEST FOR DIRECT DEPOSIT OF PAYMENT FOR DENTAL PRACTITIONERS ONLY**

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 **du fournisseur de soins dentaires**, 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 (9 chiffres)								

**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	Emplacement ID (4 chiffres)			
1									
2									
3									
4									

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

Signature autorisée	Date

Pour s'assurer de l'exactitude des données, veuillez

**JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE**

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

**NexgenRx Inc. se réserve le droit de déduire les montants des réclamations ou paiements** futurs et poursuivre d'autres recours légaux comme nous l'entendons

**Envoyez par courriel ou fax à: Nexgen Rx Inc. Services aux Fournisseurs**  
 Courriel : [Providerservices@nexgenrx.com](mailto:Providerservices@nexgenrx.com) Fax 647-722-3054 ou 1-877-639-4369