



# NexgenRx Inc.

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

## Changement d Accreditation

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

(Tél. sans frais) 1-866-394 -3648

### ENTENTE DE FOURNISSEUR (NOT FOR QUEBEC)

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 autres services que vous nous aurez soumis aux fins de règlement et de paiement dans le cadre de régimes d'assurance médicaments que nous administrons pour le compte de divers promoteurs 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 FOURNISSEUR.)

(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 PARAGRAPHERS 1, 2 ET 3 CI-DESSOUS.)

#### 1. Nom de la pharmacie, licence et affiliation

a) Raison sociale

b) Nom commercial, s'il diffère de la raison sociale

c) Licence de la pharmacie/Numéro d'accréditation (assignée par l'autorité provinciale en matière de licences)

d) Affiliation de la chaîne, le cas échéant

e) Si non affiliée à une chaîne, autres pharmacies auxquelles vous êtes affilié

#### 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 :

Fonction :

g) Directeur de la pharmacie (inscrit auprès de l'autorité provinciale en matière de licences)

Nom :

Tel

Cellulaire:

#### 3. Frais d'ordonnance habituels et coutumiers

(Tel qu'inscrit auprès de l'autorité provinciale en matière de licences)

\$

#### 4. Paiement : Nous effectuerons le paiement par transfert électronique de fonds (cochez la case désirée)

Le jour ouvrable suivant la date du service rendu, moyennant un montant de 0,10 \$ par demande que nous payons

Deux fois par mois, le ou vers le 15 et le 30 du mois

Veillez inclure un spécimen 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 chèque « nul »**

#### 5. Language Preferred / Langue préférée (cocher la case désirée)

English

Français

## 6. Logiciel de gestion de la pharmacie

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 pharmacie. 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 pharmacie 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 fournisseur (pharmacie) et nous vous retournerons un exemplaire signé de la présente entente. Vous vous engagez à utiliser votre numéro de fournisseur 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 fournisseur (pharmacie) 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) vous engagez, lorsque vous fournissez des produits ou des services aux détenteurs de carte, à respecter les Modalités relatives aux fournisseurs, qui peuvent être modifiées à l'occasion dans le respect de leurs dispositions (publiées sur notre site Internet [www.nexgenrx.com](http://www.nexgenrx.com) et incorporées par renvoi aux présentes dans leur intégralité) et que vous attestez avoir lues et comprises;
- c) convenez que toute demande de règlement et de paiement que vous nous soumettez
  - (i) est assujettie aux Modalités relatives aux fournisseurs et constitue la confirmation que vous acceptez ces dernières;
  - (ii) représente, de votre part, l'affirmation que la demande en question correspond au prix réel des médicaments ou des appareils que vous avez dispensés sur ordonnance ou d'opinions pharmaceutiques que vous avez offerts au détenteur de carte.

La présente entente sera régie et interprétée en vertu des lois de la province de l'Ontario et des lois fédérales du Canada qui s'appliquent.

Signé ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, 20\_\_

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

Par :

\_\_\_\_\_  
Signature

Nom

Fonction

\_\_\_\_\_  
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 qui est accrédité auprès de l'autorité provinciale en matière de licences. LE CHANGEMENT – Veuillez modifier votre ordinateur. Votre numéro de fournisseur est lié à vos informations bancaires.**

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

**NexgenRx Inc.**

**Numéro de pharmacie prestataire**  
(assigné par NexgenRx)

\_\_\_\_\_  
Cindy Robinson, C.A.O.

Je possède les pouvoirs d'engager la responsabilité de NexgenRx Inc.

**Inclure ici le chèque « nul » (voir section 4)**