CROIX BLEUE MEDAVIE

PROGRAMME FÉDÉRAL DE SANTÉ INTÉRIMAIRE (PFSI)
FORMULAIRE D'INSCRIPTION DES FOURNISSEURS

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR (en caractères d'imprimerie)

Nom du fournisseur : _____

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Ville : _____ **Province ou territoire :** _____ **Code postal :** _____

Numéro de téléphone : (____ **)** _____ **Numéro de télécopieur : (** ____ **)** _____

Adresse électronique : _____

Langue préférée : **Français** ☐ **Anglais** ☐

Personne-ressource (si différente de celle ci-dessus) : _____

Nom sur les chèques : _____

Adresse pour le courrier et les chèques (si différente de celle ci-dessus) :

Adresse : _____

Ville : _____ **Province ou territoire :** _____ **Code postal :** _____

Autre adresse

Adresse de l'entreprise : _____

Ville : _____ **Province ou territoire :** _____ **Code postal :** _____

Numéro de téléphone : (____ **)** _____ **Numéro de télécopieur : (** ____ **)** _____

Adresse électronique : _____

PARTIE B : TYPE DE FOURNISSEUR OU SPÉCIALITÉ

Type de fournisseur (p. ex. : médecin, dentiste, physiothérapeute) ou spécialité : _____

Numéro du médecin désigné, le cas échéant : _____

Numéro du fournisseur de Croix Bleue Medavie, le cas échéant : _____

Nom de l'association ou de l'organisme d'octroi de licence : _____

Numéro de licence ou d'inscription : _____

Province ou territoire d'inscription :

COMMENTAIRES ET RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

_____

_____

ÉNONCÉ D'ATTESTATION

Je confirme qu'au meilleur de ma connaissance toute information, toute pièce jointe ou tout document d'information supplémentaire accompagnant la présente demande est véridique, d'actualité et complet. Je comprends parfaitement que toute information erronée importante dans la présente demande peut causer le refus de ma demande. Je comprends aussi que le fait de soumettre la demande à Croix Bleue Medavie ne garantit pas qu'elle sera acceptée ni ne constitue un engagement de contrat de service.

_____

NOM DU FOURNISSEUR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

_____ _____

SIGNATURE DU FOURNISSEUR **DATE**

Veuillez nous envoyer le Formulaire d'inscription des fournisseurs, l'Énoncé d'attestation et le document Modalités dûment remplis par télécopieur au 506-869-9673, par courriel à fournisseurs@medavie.croixbleue.ca, ou par la poste à :

Croix Bleue Medavie
Relations avec les professionnels et les fournisseurs
644, rue Main, C.P. 220
Moncton (N.-B.) E1C 8L3

Modalités
Fournisseurs du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)

Les modalités suivantes s'appliquent à tous les fournisseurs approuvés qui offrent des services à des clients du PFSI et qui acceptent le paiement de Croix Bleue Medavie pour ces services soumis en tant que demandes de règlement.

1. Pour être inscrit auprès de Croix Bleue Medavie, le fournisseur doit être et demeurer qualifié ainsi que pouvoir offrir des services professionnels en vertu des directives acceptées de leur organisme d'octroi de licence provincial ou territorial, tel que reconnu par Croix Bleue Medavie.

2. Le fournisseur doit vérifier le statut d'admissibilité de chaque client du PFSI **avant** que des services soient rendus.

3. La soumission de demandes de règlement à Croix Bleue Medavie, sur papier ou par voie électronique, doit être effectuée conformément à ces modalités, aux directives de soumission des demandes de règlement et à toutes les autres procédures indiquées dans le *Manuel d'information à l'intention des professionnels de la santé du Programme fédéral de santé intérimaire* et l'entente de soumission en ligne des demandes de règlement.

4. Croix Bleue Medavie aura le droit de vérifier toutes les données et tous les documents, et aussi d'effectuer des vérifications sur place relativement aux demandes de règlement aux fins d'administration du PFSI.

5. Tous les renseignements personnels sur le client recueillis par le fournisseur sont confidentiels et ne seront pas utilisés ni divulgués pour d'autres raisons que l'administration du PFSI, sans le consentement de la personne, à moins que ce soit conforme à la loi sur la protection des renseignements personnels qui s'applique.

6. Croix Bleue Medavie peut publier les coordonnées du fournisseur dans une liste de fournisseurs de service du PFSI sur le site Web du PFSI et dans des publications, aux fins de communiquer aux clients les services offerts par les fournisseurs, à moins que les clients soient avisés par le fournisseur par écrit. Croix Bleue Medavie peut aussi communiquer cette information avec de tierces parties pour effectuer des sondages visant à évaluer la satisfaction du fournisseur en regard des services du PFSI administrés par Croix Bleue Medavie.

7. Les fournisseurs qui s'inscrivent pour devenir un fournisseur approuvé du PFSI doivent lire et accepter les modalités pour être un fournisseur approuvé admissible. Les fournisseurs qui s'inscrivent en ligne pour devenir des fournisseurs approuvés du PFSI seront invités à lire et à accepter les modalités au moment de l'inscription. Les fournisseurs qui s'enregistrent par la poste, par téléphone, par télécopieur ou au moment de la première soumission ou de la préautorisation, recevront une copie imprimée des modalités lorsqu'ils seront acceptés. L'acceptation signée des modalités (pour chaque bureau, le cas échéant), DOIT être retournée à Croix Bleue Medavie dans les soixante (60) jours suivant l'obtention du statut de fournisseur approuvé du PFSI. Si cela n'est pas fait, le statut de fournisseur approuvé sera annulé.

J'ai lu et accepté les modalités ci-dessus.

_____

NOM DU FOURNISSEUR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

_____ _____

SIGNATURE DU FOURNISSEUR **DATE**

RENSEIGNEMENTS DÉTAILLÉS SUR LE FOURNISSEUR

Nom du fournisseur : _____

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Ville : _____ Province/Territoire : _____Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____-_____-_____ Numéro de télécopieur : ____-____- _____

Adresse électronique : _____

Numéro du fournisseur de Croix Bleue Medavie : _____

Nom de l'association ou de l'organisme d'octroi de licence :_____

Numéro de licence ou d'inscription :_____