



Division Bene-FIX Santé

☎ 1-833-bene-FIX(833)

1-833-236-3349 (833)

☎ 450-326-6158 (833)

Bene-FIXsante@bene-fix.ca

DEMANDE DE PHARMACIE PRESTATAIRE (QUÉBEC SEULEMENT)

Afin que Bene-FIX Santé (« 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 TRANSMETTRE PAR COURRIEL À BENE-FIXSANTE@BENE-FIX.CA. LES DOCUMENTS INCOMPLETS OU LES ANNEXES MANQUANTES ENTRAÎNERONT DES RETARDS DANS L'ATTRIBUTION D'UN NUMÉRO DE PHARMACIE PRESTATAIRE)

1. Identification de la pharmacie

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 (si disponible)

f) Contact à la pharmacie

Nom :

Poste :

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

Veillez 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).

4. Language Preferred / Langue préférée (cocher la case désirée) Anglais Français

5. 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 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 _____ 202 ____ .

(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 : Bene-FIX Santé 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.

Bene-FIX Santé

**Numéro de pharmacie
prestataire**

(assigné par **Bene-FIX Santé**)

Par : _____

Charles Leblanc

**Je possède les pouvoirs d'engager la responsabilité de
Bene-FIX Santé**

Inclure ici le chèque « nul »

(voir section 3)

Remarque : Si les éléments suivants ne sont pas imprimés sur le chèque – raison sociale ou nom commercial, adresse et numéro de compte, vous devrez nous remettre une lettre de votre banque qui confirmera le nom du titulaire du compte, votre numéro de compte et le ou les noms du ou des signataires autorisés.

PERSONNE 1 RUE N'IMPORTE OÙ VILLE, PROVINCE POP DP0	001		
PAYEZ À L'ORDRE DE _____	DATE _____		
_____ /100 Dollars	_____ \$		
POUR _____			
ÉCHANTILLON			
⁰ 001	¹ 2345	² 003	³ 1234567890
N° de chèque	N° de succursale	N° d'institution financière	N° de compte

No de succursale

No d'institution financière

No de compte