

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 de l'entreprise : _____

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, médecin désigné) 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 : _____

PARTIE C : COMMENTAIRES ET RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

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
Services aux fournisseurs
644, rue Main, C.P. 220
Moncton (N.-B.) E1C 8L3



Immigration, Réfugiés
et Citoyenneté Canada

Immigration, Refugees
and Citizenship Canada

Le Programme fédéral de santé intérimaire est administré par
Croix Bleue Medavie et est financé par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

Les modalités suivantes s'appliquent à tous les fournisseurs approuvés qui offrent des services à des bénéficiaires 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 bénéficiaire 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. Tous les renseignements personnels sur le bénéficiaire 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 concernée, à moins que ce soit conforme aux dispositions applicables de la législation relative à la protection de la vie privée.
5. Croix Bleue Medavie peut publier les coordonnées du fournisseur dans une liste de fournisseurs de service du PFSI sur le siteWeb du PFSI et dans des publications, aux fins de communiquer aux bénéficiaires les services offerts par les fournisseurs, sauf indication contraire du fournisseur par un avis écrit. Croix Bleue Medavie peut aussi communiquer cette information avec de tierces parties pour effectuer des sondages visant à évaluer la satisfaction du fournisseur face aux services du PFSI administrés par Croix Bleue Medavie.
6. 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.
7. Medavie aura le droit de vérifier toutes les données et la documentation en lien avec les demandes de règlement aux fins d'administration du PFSI. Les fournisseurs du PFSI doivent conserver tous les documents financiers (notamment le coût total des services ou des produits, la partie admissible au remboursement du PFSI, la partie du copaiement, la partie payée par le ou la bénéficiaire, les frais facturés par le fournisseur, le cas échéant).
8. Toute demande de remboursement soumise au PFSI doit être reçue par Croix Bleue Medavie dans les cent quatre-vingts (180) jours suivant la date à laquelle le ou la bénéficiaire admissible a reçu le service ou le produit du PFSI.

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

Nom du fournisseur (en caractère 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 : _____