

Veillez envoyer la présente entente dûment remplie par télécopieur au 506-869-9673.

Renseignements sur la pharmacie (obligatoire)

Nom de la pharmacie : _____

Propriétaire/exploitant : _____

Adresse (numéro et rue) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal :

--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____

Numéro d'agrément : _____ Fournisseur de logiciel : _____

Courriel : _____

Entente avec le fournisseur (obligatoire)

Je reconnais avoir lu et compris les exigences du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick (appelés les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick), y compris la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance et son règlement* et la *Loi sur l'assurance médicaments sur ordonnance et médicaments onéreux et son règlement*, ainsi que les exigences des autres régimes parrainés par le gouvernement. Je reconnais également avoir lu et compris les politiques des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick et des autres régimes parrainés par le gouvernement, et j'accepte toutes les obligations relatives aux fournisseurs participants. Je comprends que toutes les demandes de règlement soumises en vertu des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick et des autres régimes parrainés par le gouvernement peuvent faire l'objet d'une vérification et d'un recouvrement, comme il est indiqué dans le Guide de vérification des fournisseurs des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick et dans d'autres directives émises par le gouvernement du Nouveau-Brunswick ou par l'administrateur, Croix Bleue Medavie, telles que modifiées de temps à autre. Il est entendu que les paiements excédentaires peuvent être déduits des montants à payer.

Je reconnais que toute collecte, utilisation et divulgation de renseignements personnels sur la santé pour les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick ou d'autres régimes parrainés par le gouvernement se fera conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*.

Nom : _____

Signature : _____ Date : _____