

Avis de modification à une attestation touchant les renseignements fournis dans le formulaire du fournisseur principal de services pharmaceutiques à des FSLD

Vous devez remplir ce formulaire et le transmettre à la Division des médicaments et des appareils et accessoires fonctionnels en cas de changements aux renseignements figurant dans votre Formulaire d'attestation aux fins de la réception de paiements de capitation à titre de fournisseur principal de services pharmaceutiques (« l'attestation ») OU si vous êtes un nouveau fournisseur principal de services pharmaceutiques à un foyer de soins de longue durée (FSLD) et que vous n'avez pas encore reçu l'attestation. Vous pouvez envoyer ce formulaire en tout temps pendant l'année civile.

Ainsi, vous devez remplir ce formulaire dans les cas suivants :

- Votre pharmacie a conclu un nouveau contrat avec un FSLD qui ne figurait pas dans l'attestation originale (« Nouveau FSLD client »); ou
- Le contrat conclu entre votre pharmacie et un FSLD qui figurait dans l'attestation originale arrivera bientôt à échéance ou est échu (« Ancien FSLD client »).

Ce formulaire doit être remis au Ministère avant le 15 du mois précédant la date d'entrée en vigueur du changement, conformément à la [politique du Ministère](#) et à votre entente d'inscription au Système du réseau de santé. Si vous n'informez pas le Ministère des changements pertinents, vous pourriez recevoir votre paiement en retard ou le montant du paiement pourrait être incorrect.

Si vous ne remplissez pas ce formulaire, le versement des paiements par capitation pour services professionnels et services pharmaceutiques, dans le cadre du modèle de capitation, pourrait être retardé.

Renseignements sur le fournisseur principal de services pharmaceutiques :

N° d'identification de la pharmacie	
Nom de la pharmacie	
Adresse de la pharmacie	
N° de télécopieur de la pharmacie	
Adresse ONE Mail de la pharmacie	

Pour ajouter un nouveau FSLD client :

Numéro d'identification de l'organisme responsable du foyer de soins de longue durée	
Nom du foyer de soins de longue durée	
Adresse du foyer de soins de longue durée	
Date d'entrée en vigueur du contrat	

Pour supprimer un ancien FSLD client :

Numéro d'identification de l'organisme responsable du foyer de soins de longue durée	
Nom du foyer de soins de longue durée	
Adresse du foyer de soins de longue durée	
Date de fin du contrat	

Pour attester de l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus, le propriétaire ou l'administrateur désigné de la pharmacie doit remplir la case ci-dessous, puis signer et dater le formulaire.

Propriétaire ou administrateur désigné de la pharmacie (en caractères d'imprimerie)	
Signature	Date

Veillez envoyer toutes les pages des formulaires remplis à la Division des médicaments et des appareils et accessoires fonctionnels par courriel à l'adresse ODBLTCcap@ontario.ca.

Remarque : quiconque fournit sciemment au Ministère des renseignements faux ou incomplets relativement à l'administration du Programme de médicaments de l'Ontario est coupable d'une infraction en vertu de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*.