Régie régionale de la santé
Formulaire de demande de délégué

Lignes directrices

Le but de ce formulaire est de permettre à la RRS d'ajouter ou de supprimer l'accès à l'employé de la RRS chargé d'effectuer les tâches du fournisseur de services de l'Assurance-maladie se rapportant au Système de communication des médecins (SCM) ou au système Facturation à l'Assurance-maladie (FAM).

Un fournisseur de services de l'assurance-maladie peut choisir de nommer une autorité régionale de la santé (RRS) en tant que délégué pour un ou tous ses comptes de facturation de l'Assurance-maladie. Si un ou des fournisseurs souhaitent nommer une RRS, le ou les fournisseurs doivent remplir l'« *Entente - Délégation d'une autorité régionale de la santé* ». **Un formulaire de demande de délégué distinct doit être rempli pour chaque demande individuelle.**

Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet de ce formulaire ou de la délégation, veuillez communiquer avec la section des Paiements de l'Assurance-maladie au (506) 453-8274, option 1 ou par courriel à dhmedpay@gnb.ca.

Retournez le formulaire rempli par courriel à dhmedpay@gnb.ca
N'ENVOYEZ PAS LES ORIGINAUX PAR LA POSTE

Section 1 – Renseignements sur la RRS

Régie régionale de la santé	Zone
Nom de la personne ayant complété le formulaire	Courriel

Section 2 – Renseignements sur le Délégué

Nom	Numéro de téléphone
Nom d'utilisateur de la RRS :	Courriel de la RRS

Section 3 – Mesures et responsabilités

[1]**L'accès au SCM** permettra au délégué mentionné à la section 2 de recevoir du courrier d'ordre général de l'Assurance-maladie, d'extraire les états de rapprochement bimensuels (ERB) du SCM et de communiquer avec le personnel de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick au sujet de l'information contenue dans les ERB correspondant aux comptes énumérés ci-dessous.

[2]**L'accès au FAM** permettra au délégué mentionné à la section 2 de soumettre et de transmettre des factures, de communiquer avec le personnel de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick au sujet des factures soumises et d'autoriser des modifications ou des récupérations afin que les factures soient soumises correctement au nom du médecin pour les comptes énumérés ci-dessous.

[1]L'accès au SCM

Pour usage interne seulement
☐ Le délégué a déjà un accès SCM. Ne pas supprimer.
☐ Svp veuillez accorder l'accès SCM au délégué

Numéro de compte de facturation de l'assurance-maladie	[1]SCM	
	Ajouter	Supprimer
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

[2]L'accès au FAM

Ce fournisseur de services est-il actuellement membre de ce ou ces comptes de groupe ? *Si non, le formulaire « Ajouter au compte de groupe » doit être envoyé au paiement de l'Assurance-maladie.*

Numéro de compte de facturation de l'assurance-maladie	Numéro du fournisseur de service	[2]FAM	
		Ajouter	Supprimer
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Section 4 – Consentement

En signant ce formulaire, je déclare que les Régies régionales de la santé, énuméré à la section 1, a l'« *Accord - Délégation d'une régie régionale de la santé » du médecin* avec le ou les comptes énumérés ci-dessus.

Signature – Directeur des finances de la régie: **Date :**